Maestría en Medicina Social

(Des) Encuentro de saberes: La influencia de las recomendaciones de la medicina institucional en las creencias y percepciones sobre alimentación durante el embarazo.

Tesis que presenta: María del Rocío Flores Torres

Directora: Miriam Bertran Vilá

Septiembre, 2014

(Des) Encuentro de saberes: La influencia de las recomendaciones de la medicina institucional en las creencias y percepciones sobre alimentación durante el embarazo.

Índice

1. Introducción ……..6

1.1. Centro de Salud T-III Xochimilco……20

Capítulo 1. Problema de Investigación y Metodología.

1. Problema de Investigación y Metodología

1.1. Planteamiento del Problema…….…….....27

1.2. Justificación …….30

1.3. Objetivo... ……..38

1.4. Metodología. …….38

Capítulo 2. Marco Teórico.

2. Marco Teórico ……49

2.1. La medicalización de la alimentación……49

2.2. La cultura como sistema normativo de las elecciones alimentarias…….59

2.2.1. Gustos y aversiones……..62

2.2.2. Antojos……65

2.2.3. El papel socializador de los alimentos……68

2.2.4. La elección de los alimentos- trayectorias alimentarias y principio de incorporación……72

2.2.5. Cambio de creencias……76

2.3. Las recomendaciones alimentarias durante el embarazo……79

2.4. ¿El embarazo cómo motivador de cambio?……84

2.4.1. Género……84

2.4.2. Interculturalidad……87

2.5. Orientación Alimentaria, fines, usos y limitaciones……..……89

Capítulo 3. Resultados

3. Alimentación durante el embarazo, encuentro de saberes .....……96

3.1. Características de las embarazadas entrevistadas……96

3.2. Recomendaciones alimentarias referidas por las mujeres entrevistadas...98

3.2.1. Recomendaciones de los médicos(as)…….....100

3.2.2. Recomendaciones de familiares y amigos(as)……104

3.2.3. Recomendaciones de los medios de comunicación…….112

3.3. El papel de los padecimientos en la asimilación de las recomendaciones alimentarias……125

3.3.1. Control de peso en el embarazo……128

3.4. El poder de las recomendaciones médicas en las creencias de las mujeres ……..…129

3.5. La percepción de los médicos……..134

3.6. La alimentación de las mujeres durante el embarazo……..……140

3.6.1. Creencias tradicionales…...……142

3.6.2. Antojos y gustos de las mujeres ……...…145

3.6.3. Comida en la calle durante el embarazo……...…152

3.6.4. La preparación de los alimentos que consumen las embarazadas ……158

3.6.5. Aproximación al hecho alimentario (lo que dicen comer)……..165

3.7. Reinterpretación de los mensajes médicos……173

3.7.1. Cambios a partir de las recomendaciones……..180

3.7.2. Motivaciones y barreras para el cambio de comportamientos alimentarios…….196

3.7.3. Características de las mujeres que influyen en la percepción de las recomendaciones……211

3.8. Sentimientos ligados al embarazo……..223

3.8.1. Percepciones sobre la importancia de la alimentación durante el embarazo……..235

3.8.2. Influencia de las recomendaciones en la imagen corporal en el embarazo……..…241

Capítulo 4. Discusión y Conclusiones Generales

4. Discusión y Conclusiones Generales

4.1. Discusión ……248

4.1.1. Impacto de las recomendaciones médicas sobre creencias y percepciones ……..248

4.1.2. Sociabilidad del hecho alimentario en el embarazo …….250

4.1.3. Mensajes sobre alimentación que reciben las embarazadas...…..251

4.1.4. La traducción de las recomendaciones……255

4.1.5. Aspectos que influyen en la percepción de las recomendaciones médicas durante el embarazo……...…260

4.1.5.1. Control de peso……...263

4.1.5.2. Responsabilidad de las mujeres, cuestiones de género que impactan en la percepción de las recomendaciones……265

4.1.5.3. La preparación de los alimentos……268

4.1.5.4. Número de embarazos……270

4.1.5.5. Antojos y gustos durante el embarazo…….271

4.1.5.6. Trabajo y escuela……273

4.1.5.7. Embarazo en la adolescencia……274

4.1.5.8. Cuidados en el embarazo……...275

4.1.6. Ni tradicionales ni médicas… nuevas creencias……276

4.1.7. ¿Se necesita una orientación alimentaria?.....278

4.1.8. Alcances y limitaciones de la tesis……281

4.2. Conclusiones……..281

Bibliografía……..288

1. Introducción

Las recomendaciones nutricionales se han multiplicado y convertido en tema de relevancia en la sociedad mexicana, los problemas de sobrepeso y obesidad, las enfermedades crónico degenerativas, la preocupación excesiva por el peso, el afán por la delgadez y por un cuerpo musculoso hacen que el acudir al nutriólogo(a) o pedir orientación alimentaria sea una tarea cada vez más cotidiana.

Al aparecer ya no sabemos qué comer, necesitamos de un experto que nos oriente en cantidades, combinaciones y que nos dé una *dieta*. De lo contrario no sabremos hacerlo.

La consulta nutricional se ha vuelto parte importante de los servicios de salud, tanto público como privado, el número de universidades que imparten la carrera de nutrición se ha multiplicado en los últimos años. En su mayoría mujeres, las nutriólogas(os) se encuentran en sus consultorios dando recomendaciones sobre cómo alimentarse. Las personas van escuchan, "hacen la dieta", algunas continúan, otras van a unas cuantas consultas, se pesan cada 8 o 15 días; el nutriólogo(a) explora sus cuerpos, sus hábitos, explora su vida cotidiana y cuestiona el acto de comer, para decirle que está bien y que está mal y entonces decir "como deben ser las cosas" según la ciencia: comer tres veces al día, haciendo dos colaciones, comer frutas y verduras, tomar agua, hacer ejercicio… de repente se intenta unificar la forma de comer, vivir, hacer… las personas escuchan, algunas preguntan y se emprenden en una tarea… seguir las recomendaciones.

Al salir del consultorio, un espacio privado en donde se emiten una serie de *instrucciones* se sale a la vida real, llena de publicidad, reglas o normas de cómo alimentarse, que no obedecen a la ciencia o a las recomendaciones nutricionales sino a normas sociales configuradas por la cultura, el contexto social y las relaciones sociales que se establecen en dicho contexto. La familia, el trabajo, los tiempos de traslado al lugar de trabajo y toda una serie de eventos que determinan la forma en que nos alimentamos… ¿Qué es entonces de las recomendaciones nutricionales? ¿Cómo se llevan a cabo en la vida cotidiana? Las recomendaciones entonces ¿Cambian percepciones? ¿Hábitos? ¿Formas de pensar o concebir los alimentos? ¿Formas de pensar o concebir el cuerpo o la salud?

El caso del embarazo es particular. A través de la historia, ha imperado la creencia de que una mujer debe de comer más durante su embarazo o por lo menos alimentarse "sanamente". El cuidado del embarazo, desde la salud pública ha sido primordial con el fin de prevenir la mortalidad materna y neonatal.

Como ya se mencionaba, las recomendaciones nutricionales son cada vez más cotidianas, es decir que están en todas partes, como una serie de reglas de "lo que debe o debería ser" ¿Qué pasa en el embarazo?

Estudié la licenciatura en nutrición, durante 5 años me he dedicado a la consulta nutricional, a diseñar estrategias de orientación alimentaria, asistir a brindar pláticas de nutrición en escuelas, consultorios, radio y televisión, impartir talleres, diseñar materiales de orientación alimentaria y a dar consultas nutricionales, "personalizadas", es decir tratando de adaptar todas las recomendaciones de la

ciencia a la vida cotidiana de las personas (a sus horarios, gustos y necesidades particulares) sin embrago me pregunto ¿Qué tanto puede influir en la vida de las personas el que alguien esté diciendo lo que “debe de ser” cuando hay toda una serie de fenómenos más allá de las correctas recomendaciones médicas que están influyendo en la forma de comer de las personas? ¿Por qué algunas llevan a cabo las recomendaciones y mejoran notablemente su salud? ¿Por qué otras al contario suben de peso? ¿Por qué algunas otras se obsesionan con una comida saludable?

Tuve la experiencia de platicar con varias encargadas de centros de parto, me comentaban que, en algunas ocasiones, las embarazadas ya no querían comer por el “miedo a subir de peso” que les *urgía* les diera alguna orientación, en otros casos me decían que las embarazadas “comían demasiado” o “no sabían comer” o “no se cuidaban” y necesitaban también de mi orientación o de algún experto en el tema. En resumen los que me decían estas mujeres es que las embarazadas “necesitaban orientación nutricional.”

Las mujeres embarazadas tienen un rol particular en la sociedad, la reproducción, este hecho modifica de manera importante su rol social, sus necesidades, relaciones personales y responsabilidades socialmente se modifican, ya sea que ellas mismas asuman este nuevo rol y/o que las personas a su alrededor le asignen este nuevo rol de madre, “responsable” de la salud y la vida de otros ser, su hijo(a).

La cultura a la que se pertenece, el contexto social en el que se desarrollan, la relación que tengan con el médico, con el centro de salud, sus relaciones y ambientes laborales, escolares y/o domésticos determinan diferentes formas de vivir su embarazo, de comportarse y de relacionarse con los alimentos.

Esto debería impactar de un modo particular en la forma en cómo se perciben, reciben y ponen en marcha recomendaciones nutricionales. A pesar de conocer las recomendaciones, hay algo más allá del conocimiento que determina la forma de comer de las personas. Cualquier profesional médico o no que se dedique a dar recomendaciones nutricionales debe saberlo, si no ¿de qué forma podrían impactar estas recomendaciones en ideas erróneas, confusas y mal llevadas que por el contrario pudieran poner en riesgo la salud?

Recomendaciones Nutricionales en el Embarazo

Una mujer al embarazarse, al asumir el rol de reproductora/madre, se vuelve blanco de todo tipo de recomendaciones de todas las personas a su alrededor, la alimentación se vuelve aspecto importante a tratar.

En distintas sociedades se reconoce que las mujeres embarazadas deben de modificar su consumo de alimentos, comer más o menos de algunos y/o dejar de comer otros, esto varía conforme al tipo de sociedad y al tiempo histórico al que nos refiramos ya que los paradigmas médicos se modifican con el avance de la ciencia y con los nuevos descubrimientos.

Sin duda la alimentación y la nutrición son temas relevantes en nuestra sociedad, cada vez se escuchan más y más mensajes de la importancia de seguir una dieta

sana, de hacer ejercicio, de cuidar los alimentos que consumimos, etc. Mensajes difundidos por una gran diversidad de fuentes; la medicina, los medios de comunicación bombardean a la sociedad de información, la cual se va organizando en la mente de cada uno de nosotros de forma distinta repercutiendo en nuestras percepciones y creencias sobre la bueno y malo para comer de forma diversa. Los médicos, en determinados momentos como él embarazo, tienen un papel dominante, lo que el médico dice es fuente de verdad por su respaldo científico.

Ante este fenómeno a cada vez más personas les interesa saber que es sano, como combinar sus alimentos, conocer dietas que les harán verse más fuertes, bellos, atractivos y/o saludables; la imagen corporal va muy ligada a la forma en que nos alimentamos, alguien que busca modificar su imagen buscará una dieta específica (transformar su cuerpo a través de los alimentos).

Vivimos en una sociedad cada vez más obsesionada por la delgadez, por los cuerpos bellos y sanos -alentada por los medios de comunicación y el poder que ejercen sobre nuestras percepciones- y por otro lado la prevalencia de la obesidad y del sobrepeso se incrementa. Las conductas alimentarias se modifican, nos alejamos de los patrones culturales tradicionales y adoptamos nuevas formas de comer, en donde la comida industrializada se vuelve la opción más cómoda, barata, atractiva y difundida; paradójicamente algunos buscan una alimentación cada vez más “natural” y sana.

Como ya se mencionaba la alimentación en el embarazo cobra relevancia porque a través de la madre se alimenta a un nuevo ser, ese ser que también es hijo, nieto, sobrino, hermano… la mujer se vuelve el blanco para que todos a su alrededor le den recomendaciones sobre lo bueno, malo, conveniente o no para un embarazo; además durante el embarazo el cuerpo de la mujer cambia… este cambio en la imagen corporal, tan sobrevalorada, puede tener diversas implicaciones en su conducta alimentaria.

El embarazo es reconocido como un periodo *vulnerable* en la vida de las mujeres, la salud pública, a partir de la segunda guerra mundial, ha puesto en marcha numerosos programas y recomendaciones tanto a nivel mundial como local que buscan "proteger" a las futuras madres, por lo que el embarazo se vuelve objeto de la salud pública y debe ser vigilado, monitorizado, es decir se medicaliza. Las mujeres probablemente asistan a por lo menos una consulta con el médico durante este periodo (dependiendo de la sociedad y estrato social al que pertenezca), los médicos buscarán influir en las conductas alimentarias, los mensajes sobre alimentación podrán ser o no específicos para el embarazo, pero las recomendaciones para llevar una dieta sana saldrán a la luz con mayor énfasis.

La medicina tomando como base argumentos científicos, obtiene un papel dominante en su emisión. Díaz y Gómez (2008) mencionan que ante esta lluvia de recomendaciones observamos también una gran mutabilidad en el concepto de «dieta saludable» lo cual causa desconcierto, no se llega a saber con certeza lo que se está entendiendo como una "buena o sana alimentación", hay mensajes

emitidos de una gran variedad de fuentes: de la medicina, la industria alimentaria y los medios masivos de comunicación, que llevan a una gran incertidumbre en la toma de decisiones de la vida cotidiana, tan cotidianas como es la alimentación (Bertran, 2011). Gracia (1992) afirma que esta variedad de recomendaciones genera dudas y propician relaciones poco satisfactorias con la comida.

Si se analizan éstas recomendaciones generadas a partir de los avances y descubrimientos científicos en el campo de la salud y nutrición, se observa que la mayoría de las veces la medicina asume estos conocimientos como verdades absolutas a las cuales las personas debemos someternos, porque ***es así como se debe de comer,*** se centran en el estudio del individuo, como consecuencia se abstraen de la realidad social, se deja de lado como el ambiente influye en la salud (aspecto determinante en la alimentación).

Los mensajes médicos también intentan regular la vida cotidiana y el cuerpo, califican ciertas conductas como erróneas o perjudiciales e intentan cambiarlas diciendo a toda la población por igual qué comer, cuánto comer y cómo comer, se basan únicamente en preceptos médicos y científicos. Su paradigma principal es que la mala alimentación provoca un desbalance energético (se come más o menos de lo que se necesita) olvidándose de que los individuos y las sociedades no elegimos que comer basándonos únicamente en preceptos dietéticos; el "comer" es un hecho social y cultural. Además se hace énfasis en el consumo de determinados nutrientes y micronutrientes (proteínas, lípidos, carbohidratos, fibra, vitaminas y minerales) cuando lo que hay en nuestras mesas son platillos –

conjunto de ingredientes cocinados- esto también tendría implicaciones en las percepciones y creencias sobre lo que se debe comer.

A lo largo de la historia cada cultura ha ido conformado sus propios patrones alimentarios. Como lo señalan Contreras y Gracia (2005) la selección de alimentos está unida a la satisfacción de las necesidades del cuerpo o de los deseos y gustos personales, pero también en gran medida al tipo de sociedad a la que se pertenece, con esto se refieren a la intervención de determinantes ecológicos, tecnológicos, económicos-políticos e ideológicos en torno a lo que es accesible, bueno o malo para comer, además del uso simbólico que se les da a los alimentos que denotan sentimientos personales dentro de una sociedad y refuerzan la conciencia de pertenencia, es decir **sociabilizan y forman identidades.**

Para entender por qué comemos lo que comemos se debe entender el sistema alimentario de cada sociedad. El término ***sistema alimentario*** lo definen estos mismos autores como el *"carácter complejo de las relaciones interdependientes asociadas a la **producción, distribución y consumo** de los alimentos que se han ido establecido a lo largo del tiempo y del espacio con el fin de resolver requerimientos alimentarios de las poblaciones humanas*" (2005: 138) Contreras y Gracia (2005) también nos dicen que para analizar cualquier sistema alimentario hay que considerar la dimensión temporal y espacial en contextos socioeconómicos y culturales específicos.

Las sociedades determinadas por sus sistemas alimentarios van configurando **distintos modos de comer**, le asignan distintos significados a los alimentos

dependiendo de lo que es disponible y accesible, crean un sistema de valores de lo bueno o malo para comer y se establecen ciertas preferencias y aversiones. El acceso a los alimentos se vuelve un punto de especial interés, Rivera Márquez (2007) y Ruiz-Arregui (2007) nos dicen que aun en una misma sociedad no todos los individuos tendrán el mismo acceso a los alimentos, aspecto a tomar en cuenta a la hora de emitir una recomendación dietética.

Una vez que se comprende el sistema alimentario de una sociedad, el interés está en analizar el mero acto de comer; Margaret Mead (1971) ya desde los años 40's analizaba cuestiones relacionadas con la forma en que comemos, su texto es una primera introducción a como estudiar la alimentación reconociendo que la forma en que comemos está determinada por el contexto sociocultural y económico en el que nos desarrollamos, que los gustos y aversiones adquiridos se configuran mediante las relaciones y significados que vamos estableciendo con la comida en un vínculo que se empieza a formar desde la infancia. Dice que un estudio de la alimentación no solo debe quedar en los nutrientes, sino extenderse a explicar cómo se construyen esas prácticas, preferencias y aversiones, de donde se construyen las costumbres, afirma que los gustos vienen de las tradiciones, cuestiona si la pregunta es ¿cómo cambiar los hábitos de las personas? O más bien debemos preguntarnos "¿Cuáles son sus hábitos, cómo son aprendidos, porque mecanismos se perpetúan las preferencias auto selectivas de algunos alimentos y los rechazos de otros?"

Para poder estudiar esto, autores como Carrasco (1992) mencionan que la alimentación humana no es cuestión de hábitos alimentarios sino **de**

comportamientos. Contreras y Gracia (2005) mencionan el estudio del **hecho alimentario** como herramienta para analizar comportamientos relacionados con la comida; por medio de su estudio se obtendrá información sobre qué se come (consumos) quién lo hace y con quién, cómo, dónde y cuándo (prácticas), para qué y los por qué de todo ello (ideología, utilidad finalidad).

Es cierto que a lo largo de la historia todas las sociedades reconocen normas dietéticas sobre lo bueno-sano; malo-perjudicial para comer. Por ejemplo, para Fishler (1990) no existe ninguna cultura que este desprovista de reglas alimentarias, que no conozca alguna prescripción de lo que hay que comer y de lo que no hay que comer; Cruz (1991) lo llama razón dietética popular, da como ejemplo a los refranes los cuales denotan normas sensatas de conducta alimentaria, ligadas a cuestiones racionales para situaciones específicas como es el caso del embarazo (Harris, 1985). Gracia (1994) también afirma que los comportamientos alimentarios tienen una clara evocación simbólica, por lo tanto para que una sociedad siga un régimen determinado este debe significar algo, esto pone en segundo plano a la razón dietética y la subsume a la determinación social y cultural de la alimentación.

Si partimos de la sociedad y aterrizamos el análisis en una visión más microsocial aparecen las **relaciones sociales**, es decir el contacto que una persona tenga con quienes la rodean determinará sus creencias y comportamientos alimentarios. Dentro de una sociedad se forman grupos diversos ligados al estrato social, de ahí los consumos se vuelven aún más diferenciados determinados por las forma en que una persona se relaciona con las demás, si el grupo con el que se vive y/o

convive come de determinada forma influirá de manera determinante en las percepciones, creencias y decisiones alimentarias individuales.

Encuentro de Saberes.

Es un hecho que el saber tradicional y el saber médico se encuentran frente a frente dentro de la práctica médica –consulta- en la relación médico-paciente. Menéndez (1988) nos dice que se debe reconocer el carácter relacional entre ambos debiéndose analizar el **contexto** en el que interactúan para poder ser entendidos. Esto quiere decir que el impacto de las recomendaciones dietéticas, aunque aparentemente sean las mismas para toda la población, dependerá de la configuración social y cultural de la persona o grupo al que se le esté brindando.

Sin embrago, la medicina ha dejado de lado este análisis, a diferencia de lo que propuso Mead desde hace ya varias décadas, se siguen centrando en calificar conductas alimentarias como buenas o malas y en unir esfuerzos para "cambiar los hábitos de las personas" partiendo de la premisa antes mencionada del desbalance energético, crean normas basadas en comer más o menos de ciertos tipos de alimentos o nutrimentos; normas que pueden no encajar con las necesidades e ideologías de la sociedad a la que se dirigen o pueden no ser de su interés, por lo tanto, se vuelven complicadas de llevar a cabo y sobre todo se invisibilizan los aspectos que explican por qué se come de determinada forma (culturales, económicos y sociales); esto crea una responsabilidad individual, porque al parecer, para comer sano, tenemos que educarnos o re-educarnos, olvidar lo que ya sabíamos e incorporar lo que dice la medicina y ser capaces de

seguir las normas, tener fuerza de voluntad, si no lo hacemos, el tener una mala alimentación y una mala salud será nuestra culpa (Arrollo, 1998).

Esto otorga a los alimentos una carga moral que desembocará en sentimientos de culpa y mensajes erróneos y confusos respecto a determinados alimentos, sobrevalorando algunos y desprestigiando a otros. Al mismo tiempo que descalifican los saberes tradicionales por no tener "sustento científico" o por su desconocimiento por parte del personal de salud (pocas veces los profesionales de la salud reconocen el por qué de dichas creencias), lo cual puede crear incertidumbre, falta de confianza y de comunicación entre quién emite y quien recibe dichas recomendaciones y convertir a la "alimentación sana" en un ideal reconocido por todos pero inalcanzable por su complejidad y abstracción de la realidad (Arrollo, 1998).

Tanto Fishler, Bourdieu, Levi Strauss, Goody y Mary Douglas hacen énfasis en el pensamiento humano. Concuerdan con la idea de que los alimentos primero se piensan, **si son buenos para pensar son buenos para comer** Fishler (1990).

Para Fishler (1990) *"los gustos son sistemas normativos socialmente construidos desde prácticas y representaciones diferenciadas*", estos sistemas normativos son reglas de éxito de la cultura sobre la naturaleza.

Para Bourdieu (1988), los gustos (dados por el habitus) cambian cuando se quiere cambiar de clase o estatus social (basado en un principio de incorporación).

Nicod (en Gracia, s/f) desde esta misma perspectiva, clasifica a los alimentos en base a elementos nucleares, centrales y periféricos. Los nucleares vendrían

siendo alimentos imprescindibles en la dieta diaria y los periféricos aquellos en los que se pueden hacer mayores modificaciones en la frecuencia de su consumo por no formar parte nuclear de la dieta. Esto se torna relevante cuando se quieren hacer recomendaciones alimentarias.

Mennell, Mintz y Harris coinciden en que "**si es bueno para comer es bueno para pensar**" para ellos el alimento debe satisfacer primero el estómago y luego la mente, esto se basa en una optimización de costo-beneficio, se basan en el análisis del contexto alimentario (estudiar fases de producción, distribución, preparación y consumo, orden socioeconómico).

Para Audrey Richards y Margaret Mead la alimentación es un instrumento básico en la socialización de los individuos e imprescindible para perpetuar el sistema, tiene una función tanto biológica como social.

El marco teórico de la medicina social reconoce que existe una determinación social de la salud-enfermedad así como de la alimentación de los individuos y colectivos en donde convergen diversos determinantes (sociales, políticos, culturales y económicos) que son los que articulan y definen nuestros modos de comer, vivir, enfermar y morir. Reconoce la importancia de lo biológico pero lo subsume ante lo social y a la vez se buscan crear puentes que permitan entender a ambos aspectos. Propone un análisis crítico de los fenómenos sociales que inciden en el perfil de salud-enfermedad de los grupos poblacionales con el fin de comprender y transformar los determinantes que impiden y limitan el disfrute de la salud.

Entonces desde este marco se reconoce que esta relación de saberes estará determinada por aspectos sociales, culturales, económicos y políticos de la vida de las mujeres (y de los médicos) que se van articulando y van construyendo nuevos significados, los cuales se reinterpretan constantemente a través de situaciones cambiantes de su realidad social y se cristalizan en su vida cotidiana.

Lo que es de relevancia para esta tesis es como a través de los modelos e ideologías alimentarias a los que incita la medicina, se producen cambios en las representaciones culturales y en el valor simbólico del alimento durante el embarazo.

Es de interés analizar el impacto de las recomendaciones dietéticas de la medicina en las creencias y percepciones de las mujeres, reconociendo que el "acto de comer" no está determinado únicamente por normas biológicas, sino que se va configurando y modificando constantemente por el contexto y las relaciones sociales en las que se desarrollan las personas.

El orden de esta tesis se basa, en una primea parte, en una descripción del lugar en el que se realizó el trabajo de campo, en una segunda parte se analizan las recomendaciones sobre nutrición que se las dan a las mujeres durante el embarazo (médicos(as), nutriólogos(as), familiares, amigos(as), conocidos(as) y medios de comunicación), el discurso médico y la medicalización de la alimentación; en una tercera parte se analiza el papel de la cultura en la

configuración de los diferentes modos de comer; por último se habla del encuentro de saberes, médicos y culturales de las mujeres embarazadas.

1.1. Centro de Salud T-III de Xochimilco.

A continuación se describe el lugar de estudio y su población, con el fin de tener un mapa completo de la cultura de las mujeres entrevistadas y del tipo de población atendida en el lugar de estudio.

Las entrevistas se realizaron a mujeres embarazadas que acuden al Centro de Salud T-III ubicado en la Delegación Xochimilco que forma parte de 1 de las 16 delegaciones del Distrito Federal, capital de México.

Xochimilco- La Delegación Xochimilco, tiene una población de 415, 007 habitantes, 4.68% de la población total en el D.F. de los cuáles 205, 305 son hombres y son 209, 702 mujeres (INEGI, 2010). Tiene una superficie de 125.2 kilómetros cuadrados, que la ubican como la tercera Delegación más grande (en territorio) de la Ciudad de México.

A continuación en el cuadro 1 se enlistan algunos datos sociodemográficos de la Delegación con el fin de tener una imagen más clara del contexto social en el que viven las mujeres entrevistadas. Cabe destacar que su población es joven; el alto porcentaje de marginalidad; ruralidad; muertes por causas gineco- obstétricias y pediátricas y el aumento de la morbilidad debido a enfermedades crónicas como diabetes mellitus, enfermedades del corazón y cerebrovasculares.

Cuadro 1 Datos sociodemográficos de la Delegación Xochimilco.

- Población de 415, 007 habitantes (4.68% de la población total en el D.F.)
  209, 702 mujeres.
- 3° delegación más grande (en territorio) de la ciudad de México (125.2 kilómetros cuadrados)
  • 18 barrios y 14 pueblos de la región sur del Distrito Federal
- Elevadas condiciones de ruralidad.
- Más del 70% de este espacio-población (que incluye a Xochimilco, Tláhuac y Milpa Alta) es calificado como de alta y muy alta marginalidad.
- Mayor proporción de niños y jóvenes (27% de la población total).
- Alta morbilidad por causas gineco-obstétricas y pediátricas. Mortalidad materna **65.7** (año 2000) a **14.4 por 100, 000** nacidos vivos estimados (año 2008).
- Principales causas de muerte: *diabetes mellitus*, enfermedades del corazón, afecciones perinatales y enfermedad cerebrovascular.

Fuente: Delegación Xochimilco. GDF 1, Secretaría de Salud del D.F., 2010, López, Blanco y Mandujano, 2007, INGEI, 2010.

Xochimilco, al ser un área caracterizada por aun estar centrada en formas tradicionales de organización social podría tratarse de una zona de grandes contrastes, en donde están en continua lucha de poder los saberes tradicionales y los saberes médicos *(lucha o reconfiguración hacia un nuevo tipo de saber).*

Su zona geográfica se caracteriza por la presencia de chinampas* en donde se cultivan rábanos, coliflor, cilantro, acelgas, chícharos, calabacitas, espinacas, maíz y frijoles, manzanilla, jitomate, betabel, lechugas, coles, verdolagas, brócoli y romeros.

Existen diversas fiestas y ferias entre las que se destacan la de la alegría y el olivo (febrero), la feria de la nieve en Santiago Tulyehualco (Semana Santa), la feria del dulce cristalizado en Santa Cruz Acalpixca, la feria del maíz y la tortilla en Santiago Tepalcatlalpan y la feria del Conejo.

La cocina típica es a base de maíz y nopales, algunos de los platillos típicos son: tlapique, huahutzontles en chile pasilla, conejo al pulque, conejo teporingo, tamales de quelite, pipián con chilacayote y costilla de cerdo, mole verde con carne de puerco, pato en chile guajillo con ensalada de acociles, mole rojo con ancas de rana, filete de carpa salseado con chile-atole, pepita con charales, el amaranto, dulce cristalizado y nieves (Secretaría de Salud del D.F; 2010).

*Chinampa: Una chinampa es un método mesoamericano antiguo de agricultura y expansión territorial que, a través de una

Servicios de salud en Xochimilco.

Específicamente en Xochimilco, la población derechohabiente de servicios de salud es de 22, 238; de la cual la mayor parte es derechohabiente de los Servicios de Salud (179 132) le sigue el IMSS (98 158) y por último el ISSSTE (72 345). Las familias afiliadas al seguro popular hasta el 2010 eran 14, 599 (INEGI, 2010).

La Delegación cuenta con 108 camas censables y 266 no censables; 90 consultorios (54 generales, 20 especializados y otros 16) que representan el 4.74% de los consultorios a nivel del D.F; tiene un total de 17 unidades médicas, de las cuales 12 son centros de salud, 2 clínicas de especialidad y 1 hospital materno infantil.

Características de la población femenina de Xochimilco.

La población femenina en edad reproductiva (15 a 49 años) es de 112, 743 (53.76% de la población femenina total de la delegación) y la población femenina del mismo rango de edad con número de hijos nacidos vivos especificados es de 72, 060 (Evalúa D.F; 2009).

Las mujeres embarazadas atendidas por trimestre y puerperio al 2009 eran 4, 899 (5.37% de la población femenina con las mismas características en el D.F.). La mayor parte atendidas en el primer trimestre del embarazo (1,579) bajando considerablemente en el segundo trimestre (205) y volviendo a aumentar en el tercer trimestre (1,305) lo cual contrasta con lo que sucede a nivel del D.F. en donde conforme avanzan los trimestres de embarazo más son atendidas éstas mujeres (Secretaría de Salud del D.F; 2010).

Con respecto a las adolescentes atendidas por trimestre y puerperio, en el 2009 se registraron 1,394 (5.6% de las adolescentes atendidas en el D.F.) 74 menores de 15 años y 1,320 de 15 a 20 años de edad (Secretaría de Salud del D.F; 2010).

Centro de Salud T-III Xochimilco.

El lugar en donde se realizó el estudio es uno de los 12 Centros de Salud de la Delegación perteneciente al Barrio de San Juan.

El Centro de Salud es de primer nivel por lo que si una mujer embarazada refiere complicaciones graves durante su embarazo como preeclampsia o diabetes es referida a un hospital de segundo nivel.

La población asignada a este centro de Salud se localiza en 20 colonias. Cuenta con 45 AGEB (Área Geo-Estadística Básica, división geográfica mínima empleada con fines estadísticos y censales por el INEGI) y la población de esta zona es de 135,965 habitantes (el 32.76% de la población de Xochimilco).

Características de la población que asiste al Centro de Salud.

Prácticamente casi todos los hogares de las mujeres que acuden a este centro de salud están compuestos por la madre, el padre, el o los hijos (as) y algún otro miembro de la familia como abuelos (as), tíos (as), cuñados (as) etc. Los ingresos de las familias llegan a ser desde menos de uno hasta 3 salarios mínimos trabajando 1 o 2 personas de cada hogar. Estos datos se resumen en el cuadro 2 y 3.

Cuadro 2. Características de la los usuarios que asisten al centro de Salud T-III Xochimilco.

Hombres • 49.31%	Mujeres • 50.69%	Familia Nuclear (madre, padre e hijos) • 92.73%
Familias integradas (madre, padres e hijos más otro(s) familiar(es). • 99.68%	Solteros • 47.35%	Casados • 32.9%
Unión Libre • 7.05%	Divorciados • 1.25%	Separados • 2.35%
	Viudos • 3.9%	

Fuente: FACMED, Carpeta de Información Básica. Centro de Salud T-III Xochimilco.

Cuadro 3. Número de miembros que aportan dinero a la familia y número de salarios mínimos ingresados a cada hogar.

Viviendas en las que trabaja una persona.	Viviendas en las que trabajan 2 personas.	Viviendas en las que trabajan 3 personas.	Uno o menos de un salario mínimo ganado
• 42.49%	• 39.9%	• %14.22	• 42%

De dos a tres salarios mínimos ganados
• 47.82%

Fuente: FACMED, Carpeta de Información Básica. Centro de Salud T-III Xochimilco.

Servicios de Salud.

La mayoría de la población no cuenta con servicios de salud, el 41.3% de estas personas ya se encuentran afiliadas al seguro popular. Los servicios de salud con que cuenta la población se muestran en el cuadro 4.

Cuadro 4. Servicios de Salud con que cuentan los usuarios que asisten al centro de Salud T-III Xochimilco.

Derechihabientes IMSS	Sin seguridad social	Seguro Popular o gratuidad. 41.3%	ISSSTE
• 25.22%	• 56.4%		• 17.2%

Otras
• 0.85%

Fuente: FACMED, Carpeta de Información Básica. Centro de Salud T-III Xochimilco.

Uso de Métodos Anticonceptivos.

El 43.84% de las mujeres en edad fértil no utiliza ningún método anticonceptivo, el uso de métodos es mostrado en el siguiente cuadro 5.

Cuadro 5. Uso de métodos anticonceptivos de la usuarias que asisten al centro de Salud T-IIII Xochimilco.

No utiliza métodos anticonceptivos	Método definitivo	Hormonales	DIU
• 43.84%	• 27.8%	• 12.69%	• 6.16%

Fuente: FACMED, Carpeta de Información Básica. Centro de Salud T-III Xochimilco.

Capítulo 1. Problema de Investigación y Metodología.

1. Problema de Investigación y Metodología.

1.1. Planteamiento del Problema

Para Menéndez (1994) el saber médico es un saber hegemónico, bajo esta lógica las recomendaciones nutricionales emitidas por los médicos(as) o por nutriólogos(as) tienen un papel dominante, su credibilidad es superior a la de los demás saberes. Sin embrago en un hecho como la alimentación, marcado por normas sociales, los saberes médicos entran en un diálogo continuo entre lo que debería ser y lo que se hace. En el momento en el que se realiza una recomendación alimentaria, al referirse a situaciones tan cotidianas, pueden o no

modificar las percepciones de quienes las reciben (opiniones, nociones, ideas, concepciones, creencias, valores, actitudes y significados).

Como Pérez-Gil (2000) lo propone se debe de analizar bajo que supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos se abordan los problemas de alimentación-nutrición en la medicina institucional. El supuesto ontológico que ella propone es que existe una realidad social independientemente de los individuos. Nos dice que el género y la cultura expresan diferencias entre grupos por lo que su uso como categorías de análisis sería de particular utilidad y que por medio de la investigación cualitativa se puede abarcar el cambio de las motivaciones profundas de la cultura en la que los estudios alimentarios y nutricionales puedan aportar conocimientos más allá del análisis de relaciones causales, se necesita una nueva etapa de desarrollo teórico y aplicativo en el campo de la alimentación y nutrición de las mujeres.

Las recomendaciones médicas van formando parte de la cultura, se interiorizan e inciden en la construcción de valores. En esta construcción de valores o "**matriz de valores"** (Bisogni, 2012) se ven reflejadas las "trayectorias alimentarias" o "habitus" (Bourdieu, 1988) de las mujeres así como todas las influencias de las recomendaciones dietéticas (médicas y tradicionales). A partir de esta matriz de valores se negocian las decisiones alimentarias.

Desde la salud pública la atención en el embarazo es parte central, se busca procurar y proteger la salud de las mujeres embarazadas y de sus hijos, se emiten recomendaciones y se mezclan con paradigmas sociales de salud, belleza,

cuestiones de género, clases sociales, organización familiar, edad y el hecho mismo del embarazo.

Lo que esta tesis pretende es hacer un análisis de la forma en cómo las mujeres embarazadas perciben las recomendaciones dietéticas de la medicina con el fin de evidenciar la complejidad del hecho alimentario, analizar las determinantes sociales (edad, clase social, concepción del embarazo, composición familiar, etc.) que inciden en las percepciones de las recomendaciones nutricionales, con el fin de comprender de una forma más profunda el hecho alimentario desde la medicina institucional con el fin de incidir en las determinantes que actualmente configuran las elecciones alimentarias, dar cuenta del alcance de la información sobre alimentación dada y sus limitaciones lo cual permitirá abordar los problemas de nutrición de manera pertinente.

El formar recursos humanos en salud con esta visión posibilita articular nuevas estrategias de brindar recomendaciones alimentarias, que no culpabilicen, individualicen ni estigmaticen; que busquen el apoyo de otros actores, principalmente del Estado, en acciones que respalden estas recomendaciones, principalmente en el acceso a alimentos saludables, acceso a orientación alimentaria adecuada, regularización de la publicidad alimentaria y equidad de género, con el fin de que de manera colectiva se demande el derecho al acceso de alimentos saludables y se busquen prácticas alimentarias en pro de la salud.

Pregunta de investigación

¿Cómo modifican sus percepciones alimentarias las mujeres embarazadas ante el encuentro con las recomendaciones de la medicina institucional?

1.2. Justificación

La atención del embarazo en la Medicina Institucional

Organismos Nacionales e Internacionales.

La atención en el embarazo es central en las políticas de salud pública. Desde la salud pública el embarazo es reconocido como un periodo vulnerable en la vida de las mujeres por lo que se debe recibir atención médica oportuna, incluyendo orientación alimentaria (NOM-007-SSA2-1993).

A partir de 1980 la FAO y la OMS empezaron a desarrollar políticas alimentarias con dos objetivos principales, el primero de ellos: prevenir las enfermedades y mejorar la salud pública informando a la gente de la importancia de una "*prudent diet*" o dieta correcta, el segundo garantizar la seguridad de los alimentos, lo que se traduce en reglas y regulaciones en la producción, procesamiento y distribución (McElroy y Townsend, 1996).

En México La Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993 (Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio), contempla a la orientación alimentaria en su apartado 5.1.6 y menciona que *"dentro de las actividades que se deben realizar durante el control prenatal debe de estar la orientación nutricional*

tomando en cuenta las condiciones sociales, económicas y sociales de la embarazada".

México es signatario de las denominados "Objetivos del Desarrollo del Milenio" que incluyen específicamente los temas de disminución de la mortalidad materna y de la mortalidad infantil y como componente principal la mortalidad neonatal. Para cumplir con estas metas, la Secretaria de Salud junto con las Subsecretaría de Prevención y Promoción a la Salud pusieron en marcha el Programa de Acción Específico 2007-2012 *Arranque Parejo en la Vida.* Éste programa incluye estrategias encaminadas a promover la salud reproductiva, la salud materna y perinatal, entre dichas estrategias dirigidas a reducir la mortalidad materna e infantil se incluye como medida preventiva *una buena alimentación.*

El Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo en su informe 2012 afirma que más del 90 por ciento de los partos cuentan con asistencia de personal sanitario capacitado.

En México la meta planteada para el 2015 es alcanzar una razón de muerte materna (RMM) de 22 por 100,000 nacidos vivos. Los indicadores se muestran en el cuadro 6.

Cuadro 6. Razón de Mortalidad Materna del 2002 al 2011

Entidad de residencia habitual	RMM X 100 mil nacidos vivos									
	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011
Nacional	56.1	56.5	53.5	54.0	50.9	48.1	49.2	53.3	44.1	43.2

Fuente: Observatorio de Mortalidad Materna en México

El reciente Acuerdo Nacional Para La Salud Alimentaria (ANSA) reconoce la relevancia de la alimentación durante el embarazo; destaca la importancia de mejorar la capacidad de toma de decisiones informadas de la población sobre una dieta correcta y utiliza como herramienta a la "comunicación educativa en salud" con el fin de que la población ***"abandone comportamiento alimentarios inadecuados"*** y se ***"mantenga con los nuevos comportamientos***". (ANSA, 2010: 68) *(Cabe destacar que se insiste en cambiar los hábitos de las personas, pero no se dice como ni a través de que estrategias).*

Actualmente en México se cuenta con la estrategia de la Cruzada Nacional ***Sin Hambre***, iniciativa del Gobierno de la República; la cual se describe como "*una estrategia de inclusión y bienestar social de carácter nacional, que busca garantizar la seguridad alimentaria y la nutrición de los 7.01 millones de mexicanos que hoy viven en condición de pobreza extrema, y contribuir al ejercicio pleno de su derecho a la alimentación*". Dentro de los 5 objetivos que se plantea se encuentra el de "*cero hambre a partir de una alimentación y nutrición adecuadas de los mexicanos en extrema pobreza y con carencia alimentaria severa*". (Gobierno de la República, 2014). En referencia a lo mencionado preocupa la

focalización de las estrategias ya que muchas mujeres con carencia alimentaria que sin embargo no se clasifican como en pobreza extrema se quedarían fuera.

La Comisión de Determinantes Sociales de la Salud de la OMS en el 2008 menciona que la atención en la primera infancia es prioritaria (entendida como desde el desarrollo del feto a los 8 años de edad) y enfatiza en una "*buena alimentación*" desde el útero materno como punto fundamental, lo cual exige que la madre se alimente *correctamente* antes y durante el embarazo. Justifica esto al decir que una mala alimentación de la mujer embarazada repercute en sus hijos en el riesgo de obesidad, malnutrición, salud mental, enfermedades cardiacas e inclusive mencionan a la delincuencia en la vida adulta.

Distintas sociedades reconocen la necesidad de que las mujeres embarazadas sigan un determinado régimen alimentario; por otro lado, como ya se mencionaba desde el fin de la segunda guerra mundial al día de hoy, algunas de las preocupaciones de los organismos internacionales de salud han sido las de fomentar actividades que den a conocer cuáles son las necesidades nutricionales especiales para las mujeres embarazadas así como en brindarles apoyo social con el fin de que sean las "receptoras de la educación nutricional".

Se puede concluir que los organismos internacionales y el gobierno mexicano buscan procurar una alimentación sana a las embarazadas haciendo hincapié en el cambio de cultura alimentaria, para ello la medicina (basada en avances científicos y puramente biológicos de relación causa-efecto) toma el poder en dictaminar que alimentos son buenos y malos para la salud y en decirle a las

personas qué comer. Esto tiene como riesgo no comprender el fenómeno alimentario y todos los aspectos sociales que lo determinan más allá de la razón médica.

Además, el perfil nutricional actual de las mujeres en edad reproductiva (con alta prevalencia de sobrepeso, obesidad y aún problemas de anemia) refleja la necesidad de acciones preventivas y correctivas para mejorar su estado de nutrición.

Las consecuencias de una mala o buena alimentación durante el embarazo son cada vez más difundidas debido a avances científicos en el tema. Además está la preocupación creciente por la prevención y manejo de la obesidad. La nutrición y la alimentación son temas cotidianos y actualmente cuentan con gran difusión, estos mensajes en algún momento se encontrarán con el embarazo. Las normas de salud intentan incidir en la orientación alimentaria durante esta etapa de la vida.

Según datos de la ENSANUT 2012 (cuadro 7) el 73% de las mujeres adultas tienen sobrepeso u obesidad; en el caso de las adolescentes la prevalencia combinada de sobrepeso y obesidad es de 35.8%. Al mismo tiempo persiste la anemia en 17.9% de las mujeres embarazadas; en 11.6% de las no embarazadas en edad reproductiva -12 a 49 años- y en 7.7% de las adolescentes. Incluso, La ENSANUT 2012 menciona la importancia de diseñar intervenciones focalizadas en orientación alimentaria para las adolescentes con el fin de fomentar una dieta alta en hierro (Gutiérrez, et al., 2012).

Cuadro 7. Perfil comparativo del estado de nutrición de mujeres adultas mexicanas de 2006 y 2012.

	ENSANUT 2006 Prevalencias	ENSANUT 2012 Prevalencias
Mujeres adultas con sobrepeso u obesidad	71.9%	73%
Adolescentes mujeres con sobrepeso u obesidad	32.5%	35.8%
Mujeres embarazadas con anemia	24.2%	17.9%
Mujeres en edad reproductiva con anemia	16.4%	11.6%
Adolescentes mujeres con anemia	11.6%	7.7.%

Fuente: ENSANUT 2006 y ENSANUT 2012.

Aunque la ENSANUT 2012 refleja una desaceleración en el incremento del sobrepeso y de la obesidad y una disminución en la prevalencia de anemia con respecto a los datos de la pasada Encuesta Nacional sobre Salud y Nutrición 2006 el papel de la orientación alimentaria sigue estando presente y se hace énfasis en fortalecer estrategias en educación en salud, sobre todo mediante el ANSA (2010:65). Sin embargo, a pesar de todo, estos datos siguen representando un serio problema de salud pública ya que tanto la anemia como la obesidad o sobrepeso durante el embarazo se asocian a riesgos de salud, en el caso de la madre se ven comprometidos el sistema respiratorio, el cardiovascular y el gastrointestinal, aumento de complicaciones obstétricas como abortos espontáneos, diabetes gestacional, preeclampsia, parto pretérmino y mayor número de cesáreas. Para el feto, prematuréz, macrosomía, defectos al nacimiento, malformaciones genéticas y muerte fetal; también se asocia con obesidad, diabetes, hipertensión, enfermedades metabólicas y cardiovasculares

en la vida adulta (Sánchez, et al. 2010; SS, 2010; Oniang'o y Mukudi, 2002). Sin duda tanto el sobrepeso, la obesidad y la anemia representan problemas de salud en las mujeres embarazadas que deben de ser atendidos.

Las investigaciones recientes se han centrado en los problemas de comer relacionados a las condiciones de vivir en una sociedad industrializada, a analizar como los estándares de salud y belleza confluyen en uno mismo. Las altas demandas sociales, estéticas y de belleza, representan dificultades para las personas, especialmente para las mujeres.

Otros estudios se centran en las inequidades en alimentación y salud, entre muchos grupos la desnutrición es aún un problema (Mennell, 1992).

Se ha documentado, ya desde hace algunas décadas, como las recomendaciones médicas culpabilizan a las mujeres; las inequidades de género que inciden en las prácticas alimentarias, la descalificación y estigmatización de los saberes tradicionales por parte de los médicos consecuencia de relaciones de poder y de la misma forma se han hecho reflexiones sobre el proceso de medicalización de la alimentación contemporánea (Illich, 1978), sin embrago la nutrición parece seguir la misma línea basada en educar a la población difundiendo información.

El bombardeo de normas alimentarias actuales pudieran estar creando mayor ansiedad y culpabilidad en las mujeres, incluso los antojos pudieran ser una reacción subjetiva y somática a las reglas dietéticas (Nash, 2013).

Se estudian los consumos individuales cuando todo se mueve alrededor de la interacción social, existe una lucha constante entre el control y el descontrol, se promueve el miedo a engordar, el comer está cargado de cuestiones morales.

Muchas mujeres pudieran estar haciendo dietas altamente restrictivas al embarazarse lo cual modifica su vivencia del embarazo y la forma en que se perciben las recomendaciones médicas. No se hace una reflexión en daños a la salud que pudieran causar las recomendaciones.

Es relevante seguir evidenciando la pertinencia de las recomendaciones médicas, cuestionarlas y comprender como configuran cambios en las creencias y percepciones en torno a la alimentación, con el fin de prever las consecuencias de la orientación alimentaria actual sin dejar de lado el análisis del saber médico como una construcción cultural y social.

1.3. Objetivos

Objetivo general:

Analizar el impacto de las recomendaciones dietéticas de la medicina en las creencias y percepciones sobre la alimentación en mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud T-III en Xochimilco.

Objetivos particulares:

- Describir el contexto social, cultural, político y económico del Centro de Salud T-III en Xochimilco.

- Identificar los saberes y percepciones en torno a la alimentación durante el embarazo de las mujeres embarazadas que asisten al CS T-III.
- Identificar los saberes y percepciones en torno a la alimentación durante el embarazo que tienen los (a) médicos (a) y/o nutrióloga del CS T-III.
- Identificar los saberes que son transmitidos por la familia, amigos y/o medios de comunicación a las madres del CS T-III y su influencia sobre las percepciones de las mujeres embarazadas.
- Analizar el impacto que tienen las recomendaciones médicas en las mujeres embarazadas dependiendo de su edad, composición familiar, ocupación y número de hijos.

1.4. Metodología.

El objetivo fue analizar los mensajes que reciben las mujeres embarazadas que acuden a la Clínica de Salud T-III Xochimilco por parte de los médicos y como los re interpretan y a partir de ellos reconfiguran sus percepciones sobre alimentación. Para ello se realizaron ***entrevistas semiestructuradas*** ya que es un método fiable que consiste en "hacer hablar" a las personas interrogadas. Al no tener una estructura fija permite motivar el discurso continuamente y abordar cuestiones más complejas que si se utiliza un cuestionario estructurado (Poulain, 2012).

Existen dos polos, por un lado las prácticas (lo que hacen) y por el otro las representaciones (discursos que se les asocian, les acompañan, los determinan y los justifican). El interés del trabajo se centrará en el análisis de **las percepciones**

y las creencias que tienen las mujeres sobre su alimentación por lo que no se observarán prácticas directamente. Esto es debido a que primero interesa analizar como las recomendaciones inciden en las creencias y percepciones ya que esto nos mostrará cómo se va organizando el conocimiento que antecede a las prácticas.

Prácticas reconstruidas. Se obtuvieron pidiéndole a las mujeres que rememoraran sus propias prácticas en una escala de tiempo variable referidas a:

- Tomas alimentarias: número, horarios, lugares, composición, compañía, diferencias entre los miembros de la familia, así como los motivos de porque se hace de esa forma.
- Cocina: quién cocina, cómo cocina, quién le enseñó o cómo aprendió.
- Lógica de elección. Quien decide lo que se come, lo que se compra, lo que se prepara.
- Gustos y aversiones y porqué.

Prácticas declaradas. Se refiere a lo que las mujeres pretenden hacer o haber hecho, se obtendrán de las respuestas espontáneas generadas de las propias mujeres. Es importante destacar que las respuestas suelen ser objeto de transformaciones y deformaciones. El interés estará en identificar paradojas entre las recomendaciones dietéticas y el hecho alimentario.

Se indagará en modificaciones en el hecho alimentario a partir del embarazo y los motivos de dichos cambios.

Normas. Son reglas, guías o modelos para quienes comparten una cultura (Poulain, 2012 y Contreras y Gracia, 2005). Como esta tesis no pretende analizar prácticas, por medio de los testimonios de las mujeres se van a reconstruir cuáles son los modelos o guías que ellas pretenden seguir en donde confluyen tanto normas dietéticas médicas como tradicionales. Según Poulain (2012) las normas alimentarias están sometidas a una serie de influencias de principios gastronómicos, culinarios, dietéticos y simbólicos, también se destaca que las normas tiene una carga moral, es aquello que se pretende hacer más no lo que siempre se hace.

- **Métodos**

El trabajo de campo realizado se divide en dos etapas mostradas en el siguiente cuadro (cuadro 8).

Cuadro 8 Etapas del Trabajo de Campo

La primera etapa o etapa de acercamiento se llevó a cabo en junio del 2012, el objetivo fue conocer el Centro de Salud T-III de Xochimilco, conocer al director, la dinámica del centro y conocer un poco el perfil de las mujeres embarazadas que a él asisten con el fin de definir líneas de investigación y formular una guía para las posteriores entrevistas semiestructuradas.

El trabajo de campo formal consistió en 41 entrevistas (número definido por saturación teórica) a las mujeres embarazadas que asistieron al Centro de Salud T-III en Xochimilco y a 7 informantes claves- médicos(as)- del 10 de octubre al 12 de diciembre del 2012. A la nutrióloga del centro de salud no fue posible entrevistarla ya que los días que se realizaron las entrevistas, no se encontraba; al final del periodo de estudio el centro de salud se quedó sin dicho servicio.

El lugar se determinó por cuestiones prácticas y el fácil acceso que se proporcionó debido a permisos para estudios previos de posgrado con dicho Centro de Salud.

Las mujeres entrevistadas pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, el interés de entrevistar a estas mujeres es ver como el pertenecer a este estrato influye en la percepción sobre las recomendaciones que dice el médico o personal de salud suponiendo que por ser un estrato social bajo, la relación de poder con el médico será mucho más marcada, pero a su vez el acceso a los alimentos será más restringido.

- **Procedimiento.**

La primera etapa o Etapa de Acercamiento consistió en una entrevista con el médico que dirige el Centro de Salud con el fin de exponer los motivos del estudio. Hubo un acercamiento con su secretaria y con el policía con el fin de tener acceso libre al centro de salud. También se conoció al personal de servicio social y a otro médico que ahí labora. Durante la misma etapa se entrevistó a 20 mujeres embarazadas. Las entrevistas no fueron estructuradas, pero se buscó cubrir áreas como las siguientes:

- Recomendaciones alimentarias del médico y/o nutrióloga.
- Recomendaciones alimentarias de los familiares, amigos y/o conocidos.
- Facilidad/dificultad para hacer las recomendaciones alimentarias.
- Percepciones sobre el cuidado del embarazo.
- Datos personales: edad, número de hijos y ocupación.

Las mujeres embarazadas entrevistadas en este primer acercamiento tienen las características presentadas en el siguiente cuadro (cuadro 9).

Cuadro 9. Características de las mujeres embarazadas de la etapa de acercamiento.

Núm. de entrevistas	**15 a 19 años**	**20 a 25 años**	**26 a 34 años**
20	45%	35%	20%
Rango de edades	**Primigestas**	**2° embarazo**	**3° embarazo**
15 a 34 años	13	5	2
Promedio de edad	**Ama de casa**	**Trabajaba fuera de casa**	**Estudiante**
21.4 años	17	2	1

Fuente: Trabajo de Campo de la etapa de Acercamiento en junio del 2012.

Al Centro de Salud asisten un número elevado de personas que residen cerca y pertenecen a una estrato social bajo.

De este primer acercamiento surgieron ejes de investigación (Cuadro 10) y de relevancia que se incorporaron a la segunda fase de entrevistas para realizar el trabajo de campo formal.

Cuadro 10. Ejes de investigación elaborados posteriores al trabajo de campo piloto.

- **Características de las mujeres**: número de hijos, ocupación, edad, **composición del hogar, mes de embarazo**, ya que pueden tener una influencia diferenciada en las percepciones en torno a la alimentación durante el embarazo.
- **Recomendaciones alimentarias** que hace el personal de salud.
- **Percepciones del personal de salud** sobre la cultura alimentaria de las mujeres que atienden**.**
- **Molestias y/o padecimientos comunes durante el embarazo** que obligan o motivan a las mujeres a modificar su forma de comer (por ejemplo, nauseas, gastritis, estreñimiento, pies hinchados, infecciones en las vías urinarias, diabetes, hipertensión, anemia, obesidad).
- Recomendaciones alimentarias tradicionales que surgen como remedio a molestias ocasionadas por el embarazo.
- **Antojos, gustos y aversiones** que se generan con motivo del embarazo y la forma en que manejan dichas situaciones.
- Aspectos que **impiden y facilitan** la puesta en práctica las recomendaciones alimentarias (económicos, laborales, ideológicos, sociales, etc.)
- Percepciones de las y los médicos y de las madres del **cuidado de la salud de la madre** durante el embarazo.
- Indagar el rol de las relaciones personales en el cuidado de su salud.

Fuente: Trabajo de Campo de la etapa de Acercamiento en junio del 2012.

- **Unidades de descripción y análisis**

Las unidades de descripción y análisis fueron las siguientes:

- Mujeres embarazadas.
- Informantes clave: Médicos(as).

Los métodos utilizados en cada unidad de análisis fueron los siguientes:

- **Mujeres embarazadas. Entrevistas Semiestructuradas.** Se realizaron 41 entrevistas semiestructuradas dentro de la etapa de trabajo de campo formal a las mujeres embarazadas en el Centro de Salud. Las entrevistas fueron flexibles y dinámicas, basadas en preguntas descriptivas, no fueron estructuradas ni estandarizadas. Tuvieron como ejes el tema de la alimentación durante el embarazo, las recomendaciones del médico y/o nutrióloga, las recomendaciones de amigos, familiares y/o conocidos y sus percepciones sobre éstas.
- **Informantes clave, Médicos(as). Entrevistas Semiestructuradas**. Se realizaron 7 entrevistas a los médicos(as) (2 hombres y 5 mujeres). Al igual que las entrevistas a las mujeres, se basaron en preguntas descriptivas, no estructuradas ni estandarizadas. El eje que se siguió fue el de explorar las percepciones que el personal médico tiene con respecto a la alimentación durante el embarazo de las mujeres que atienden y las recomendaciones alimentarias que son relevantes para ellos.

Además se analizaron las siguientes fuentes de información, todas ellas mencionadas por las mujeres durante las entrevistas.

- Análisis de información relacionada con alimentación en el embarazo en revistas o páginas WEB referidas por las mujeres.

Categorías teóricas.

Cuadro 11 Categorías teóricas

Mensajes sobre alimentación.	Cultura alimentaria de las mujeres.	Valores culturales alimentarios de los médicos.	Reinterpretación de saberes.

- **Plan de análisis**

Las entrevistas realizadas a mujeres embarazadas y médicos se transcribieron con ayuda del programa f4 2012.

Para las mujeres embarazadas, una vez transcritas las entrevistas se realizaron fichas de trabajo dividiendo la información en base a las categorías teóricas (Cuadro 11).

En base a esta división de información se hizo lectura y análisis detallado de cada testimonio y se comparó en función de la edad de las mujeres embarazadas, el número de embarazos e hijos y la composición de la unidad doméstica.

Para los 7 testimonios médicos la información se dividió y analizó de la siguiente forma:

- Recomendaciones nutricionales que ellos consideran pertinentes en la consulta médica.
- Percepciones y creencias sobre la forma de alimentarse de las mujeres embarazadas que asisten al Centro de Salud.

Orden de la tesis

El orden de la tesis se basa en 4 capítulos; el primero como ya lo vimos plantea el problema de investigación y la metodología del estudio, el segundo capítulo abarca el marco teórico que describe el cómo la alimentación se medicaliza a pesar de que el acto de comer y todo lo que le antecede es un fenómeno cultural y social; a partir de dicho análisis de hace una descripción basada en diversos autores de cómo se da un encuentro de saberes médicos y tradicionales, de los determinantes que fomentan el cambio alimentario y de los alcances y limitaciones de la orientación alimentaria.

El capítulo 3, Resultados "La Alimentación durante el Embarazo y el Encuentro de Saberes" describe y analiza los testimonios de las embarazadas entrevistadas durante la 2° etapa del trabajo o "Etapa de Trabajo de Campo Formal" de octubre a diciembre del 2012; este capítulo se divide en 8 apartados en los cuales se describen y analizan en primer lugar 1) las características de las mujeres entrevistadas (edad, número de hijos, composición del hogar, ocupación), 2) los mensajes sobre alimentación que las mujeres refieren recibir de diferentes fuentes (médicas, familiares, de amigos(as) y/o de medios de comunicación), 3) los padecimientos que las mujeres presentan que tienen un impacto en su forma

percibir las recomendaciones nutricionales y que representan o podrían representar recomendaciones alimentarias distintas, 4) el poder que le otorgan a las recomendaciones alimentarias seguido de 5) un acercamiento a las percepciones de los médicos del centro de salud sobre la alimentación durante el embarazo; 6) a continuación se hace un acercamiento a cómo las mujeres dicen alimentarse en el embarazo, 7) como reinterpretan los mensajes médicos, los cambios que realizan respecto a las recomendaciones recibidas y el por qué de dichos cambios 8) finalmente se describe la vivencia y sentimientos experimentados durante el embarazo y como estos configuran sus percepciones.

Los testimonios de las mujeres embarazadas se encuentran en letra *cursiva*, se resaltan en **negritas** frases relevantes con lo que se pretende que el lector tenga un apoyo visual para una lectura más rápida y concisa. De la misma forma se presentan cuadros que resaltan y resumen aspectos importantes de los testimonios.

Cuando se cita un testimonio al final viene una leyenda que primero identifica a la mujer entrevistada con una letra y número (M1), a continuación se muestra su edad (21 años), seguido de los meses de embarazo que tenía en el momento de la entrevista (7meses), el número de embarazos abreviado con un “número-emb” (2emb) seguido de su ocupación actual (hogar), entre paréntesis se especifica con “trabajaba o estudiaba” si la mujer antes de embarazarse lo hacía, y por último la lista de las personas con quienes vive (pareja-hijos), por ejemplo:

M12-21años-7meses-2emb-hogar-suegra-cuñados-esposo-hijo

Cuando el entrevistador interviene en algún testimonio se identifica como “E:”. En algunas entrevistas se encontraba presente la pareja de la mujer, en estos casos ellos solían intervenir en algunas cuestiones por lo que estos testimonios lo identificarán como “Pareja:”.

En el capítulo 4 se hace una discusión de los datos encontrados en esta tesis con lo que mencionan otros autores y se termina con las conclusiones generales.

Capítulo 2. Marco Teórico

2. Marco teórico

2.1. La medicalización de la alimentación.

Este primer apartado se centra en discutir el uso y el fin, por parte de la medicina, de crear normas alimentarias con el motivo de cambiar los hábitos considerados nocivos de las personas; y como el mal uso de estos mensajes culpabiliza a las a quienes van dirigidos y desdibujan causas sociales ligadas la forma en que una población se alimenta, de tal manera que si las personas o instituciones encargadas de brindar estas recomendaciones no lo hacen de forma crítica, podrían causar sentimientos de culpa ligados a las formas diferentes de comer que en vez de traer beneficios aumentaría los problemas relacionados a la alimentación.

La medicina institucional por medio de sus saberes, los cuales tienen un *estatus* elevado ante el resto de la población por su carácter y base “científica”, buscan modificar los comportamientos alimentarios al intentar “educar” a la población para que modifique aquellos considerados como “nocivos” y descalificando los saberes

o normas dietéticas populares o tradicionales por no estar sustentados sobre evidencias “científicas”.

El **saber médico** Menéndez lo define como: *“lo que se refiere a las prácticas y percepciones **técnicas** manejadas por los médicos que atienden a pacientes y cuyo saber incluye la teoría médica solo como referencia a su trabajo médico*” (Menéndez, 1994:82).

En el momento en el que se realiza una recomendación alimentaria, al referirse a situaciones tan cotidianas, pueden o no modificar las percepciones de quienes las reciben (opiniones, nociones, ideas, concepciones, creencias, valores, actitudes y significados).

Desde la salud pública, se ha reconocido a la orientación alimentaria como una medida preventiva y de bajo costo para paliar los problemas de salud y; desde el mercado, el interés por la alimentación se ha convertido en una fuente redituable de ingresos.

Díaz y Gómez (2008: 41) nos dicen que las **recomendaciones alimentarias** son “*todas aquellas orientaciones realizadas por instancias públicas y privadas para cambiar los hábitos de consumo alimentario de la población, recomendado ciertos consumos y prácticas y desaconsejando otros.”*

Cuando la medicina hace únicamente énfasis en las recomendaciones se desdibujan causas como el restringido acceso a los alimentos y la influencia de la industria alimentaria en el cambio de los consumos y de los comportamientos alimentarios. Si esto se olvida, la única responsabilidad de comer “sano” queda en

el individuo porque será su responsabilidad el elegir, dentro de toda la gama de opciones, los alimentos sanos o recomendados, sin exigir a los demás actores ofrecer y garantizar el acceso a alimentos sanos.

Los médicos configurados por su propia cultura y formación médica (puramente biologisista), transmiten estas recomendaciones, que al tener un origen biológico, se basan en un paradigma hegemónico de causa y efecto, en donde los problemas relacionados con la nutrición, parten de que la población "no sabe comer" surgiendo así enfermedades; por lo tanto sus mensajes tienen como objetivo "educar a la población" para que aprenda a comer sanamente. Aunque lo que se hace en la actualidad no es educar sino brindar información, la educación es un proceso largo de construcción, la información son sólo mensajes.

Sin embargo, esta información sobre salud a pesar de tener un fuerte respaldo científico y una interesante aceptación ideológica por parte de la población, poco ha logrado, los problemas relacionados con el sobrepeso, la obesidad y la anemia en la población mexicana siguen siendo tema en la agenda de la salud pública; a la par las personas se encaminan en una búsqueda constante y al parecer inalcanzable por "la dieta" que les haga verse y sentirse sanos, dando pie a un mercado de la alimentación sin precedentes, la dieta y la comida se convierten en las herramientas para alcanzar ideales impuestos por la sociedad actual y por lo tanto en mercancías.

Cada vez estamos más alerta de lo que comemos, la preocupación alimentaria, a diferencia de los países desarrollados en donde el acceso a los alimentos ya no

parece ser un problema prioritario, en muchas partes de México sigue siendo tema relevante; existe una paradoja ligada a la creciente creación de nuevas necesidades alimentarias (incentivadas por la industria de alimentos como tomar refresco, cafés, etc.) y por otro lado la búsqueda de regímenes alimentarios ligados a la restricción y modulación alimentaria voluntaria por cuestiones estéticas y de salud. Fishler (1990) nos dice que un **régimen** permite saber "*qué hacer y cómo hacerlo, busca tener una influencia sobre el comportamiento".* Las personas y/o los médicos en la actualidad buscan constantemente modificar comportamientos alimentarios, como ya se decía, por cuestiones estéticas y/o de salud. Es decir, un régimen dietético va a cambiar unos comportamientos por otros ¿por cuánto tiempo? La medicina desearía que fueran cambios permanentes, pero es cierto que si el comportamiento no se logra compaginar con la dinámica de la vida cotidiana y con las relaciones sociales de las personas se regresará a los modos de comer originales. Además este intento de transformación de comportamiento pretende homogeneizarlos (o por lo menos en el discurso eso parece).

Si bien esto no es nuevo y las sociedades siempre se han regido en distintos momentos por diferentes preceptos médicos y dietéticos, en la actualidad los medios de comunicación y la mayor capacidad de difundir información ha intensificado, diversificado y **mediatizado al discurso médico**; la cultura de masas ha interiorizado este mensaje (Fishler, 1990).

Pérez-Gil, et al. (2007) hablan de la "modernidad alimentaria" como una imposición de sistemas de valores (valores basados en la medicina, distintos a los

culturales). Lo que se ve en medios masivos de comunicación, afirman, llega a incidir en los gustos, preferencias, selecciones y rechazos de algunos alimentos, hay una transformación de la percepción y prácticas alimentarias, se crean nuevos modelos alimentarios basados en la medicalización de la alimentación que equipara alimentos con medicamentos.

La medicalización surge como una forma de legitimar el poder sobre el cuerpo por medio de un saber dominante, el médico. La medicina surge como árbitro en dictar que saberes, en relación con la salud, son válidos y cuáles no lo son (Foucault, 1979). El acto médico pasa a ser exclusivamente técnico esto quiere decir que reconoce únicamente a los procesos biológicos como los determinantes de la salud-enfermedad-atención de los individuos.

Como ya se mencionó, se entiende a la **medicalización** como la incorporación del lenguaje médico a asuntos de la vida cotidiana, "*el médico intenta forzar las decisiones de las personas sobre la base de sus propios valores, encontrándose el lenguaje biomédico en todas partes*" (Salas, 2011). Las acciones realizadas buscan legitimar este modelo y tienden a ser más curativas que preventivas (Menéndez, 1995 y 1998).

En el caso de la alimentación estas normas médicas se van interiorizando en los colectivos, se habla de un **discurso medicalizado,** esto quiere decir que la población identifica términos que vienen de la medicina y de la nutrición como calorías, proteínas, carbohidratos, etc., se hace una mezcla de términos adquiridos, no solo en la consulta médica, el discurso médico está introducido en

diferentes canales informativos, revistas, televisión, publicidad, internet etc., cabe mencionar que aunque son cada vez más las fuentes de información, estas son más “confiables” cuando “la información está avalada por médicos” (Gracia, 1996).

Bajo ésta mirada se destaca la responsabilidad individual y la culpabilización de las personas (Cardaci, 1990) ya que si no acatan y llevan a cabo las recomendaciones sugeridas será su culpa no poder curarse o enfermarse. (Illich, 1978). Los profesionales de salud reproducen la idea de dominio del campo médico sobre la vida y el cuerpo (Illich, 1978 y Cura y Huerta, 1998). Se desdibujan las condiciones sociales y económicas que impiden o facilitan el acceso a una dieta adecuada, es decir el derecho a la alimentación.

Illich ya desde 1978 reflexionaba sobre el estrés que puede generar el decirle a una persona que modifique sus comportamientos alimentarios sin tomar en cuenta aspectos estructurales de su vida social que impiden o dificultan la puesta en práctica de estas recomendaciones o el acceso a los alimentos indicados, menciona la formación de *códigos médicos* por medio de los cuales los individuos se someten a instrucciones emanadas de lo que él llama, *custodios higiénicos*, muchas veces descalifican la tradición haciendo recriminaciones relativas a conductas alimentarias calificando a los sujetos como faltos de criterio e irresponsables, lo cual tendrá consecuencias sobre sus percepciones, prácticas alimentarias y por lo tanto con su salud.

El problema, según nos lo explica Mendoza (2010) reside en que los elementos subjetivos de comprensión han sido restringidos a hechos biológicos de orden

normativo desde la práctica médica e invisibilizados en el orden colectivo; el proceso alimentación-nutrición tiende a ser visto únicamente bajo su componente biológico, la alimentación va pasando de ser algo íntimo y cotidiano a algo que busca ser regulado por los preceptos médicos, la medicina se convierte en una especie de “autoridad” de la vida cotidiana, prevalece el culto a lo sano y a lo bello convirtiéndose en el proyecto de vida de muchos. ¿Cuántas veces pensará una persona en la actualidad en las calorías o propiedades de lo que se está comiendo comparado con lo que se pensaba a la hora de comer años atrás?

La decisión de llevarse un alimento a la boca no está únicamente fundamentada por el aspecto fisiológico, sino que la alimentación es un proceso bio-psico-socio-cultural dinámico. Esto quiere decir que las decisiones en torno a lo que comemos corresponden al tipo de sociedad en que vivimos y son configuradas por aspectos ecológicos, tecnológicos, económicos-políticos e ideológicos (Contreras y Gracia, 2005); y dinámico porque la sociedad se va transformando a lo largo de generaciones, las recomendaciones alimentarias irán cambiando conforme a los distintos paradigmas en torno a la alimentación de cada sociedad y tiempo específico.

Sería un error partir de que la normatividad dietética es exclusiva de la medicina. Hay un proceso complejo que preside la elección ligado a nuestra cultura, como ya se mencionó, la cultura en si crea normas de lo bueno y malo para comer, estas no son arbitrarias.

Las recomendaciones dietéticas *como medidas preventivas –basadas en la razón dietética-* se reconocen a partir de los siglos XVII, XVIII y XIX cuando desde la higiene se da un énfasis a la prevención y nace, en el siglo XIX la nutrición moderna caracterizada por prescripciones más rígidas.

El problema reside en que quienes son los encargados de difundir estas recomendaciones pocas veces reflexionan estos temas. Duglas y Sahlins afirman que las personas primero "*piensan los alimentos y si son clasificados por su mente y por su código cultural, los ingieren*". Fisher afirma que "*comer es pensar":* las personas tienen la necesidad de pensar constantemente en su alimentación, de razonarla, ordenarla, organizarla, regularla. Desde el punto de vista colectivo "*simboliza y traduce en reglas el éxito la cultura sobre la naturaleza*" (en Ortiz, 2005). Esto reconoce que lo cultural subsume a lo biológico.

Por último hay que recordar que cada clase o estrato social tendrá un diferente proceso de incorporación de los saberes médicos y diferentes contactos con la práctica médica (Salas, 2011), por lo que en el análisis es pertinente determinar la clase o estrato social al que nos referimos.

Como Foucault (1979) lo menciona, existe un predominio de saberes caracterizado por relaciones de poder, en este punto se reconoce que si bien, existen capitales culturales diferenciados, existen ciertas culturas que adquieren un lugar dominante sobre las otras, el interés de las clases dominantes buscará justificarse ideológicamente y legitimarse ejerciendo un poder de clase y poder ideológico.

Volviendo al terreno de las recomendaciones alimentarias, surgen una serie de recomendaciones legitimadas ideológicamente por una cultura dominante, un saber institucionalizado en la medicina, el cual reproduce ciertos intereses de clase siendo el cuerpo el lugar en donde se sintetizan estas relaciones de poder.

Cuando se analizan los paradigmas dominantes de las ciencias de la salud, autores como Menéndez (1988) nos lo explican a través del **Modelo Médico Hegemónico (MMH)**. En este modelo lo biológico subordina a otros niveles explicativos como el social; éste último se utiliza como una variable más, "factor de riesgo" o como aspectos anecdóticos y se queda fuera del análisis. Esto también tiene implicaciones políticas y económicas, es más fácil asumir que las personas son responsables de su salud y correcta nutrición que tratar de solucionar los problemas de acceso a alimentos nutritivos o de regular a la industria alimentaria o a la cultura de consumo que bajo esta serie de saberes dominantes ha creado un mercado de la salud.

La cultura de consumo ha encontrado en la salud un mercado muy redituable de ingresos, venden alimentos que prometen; bajar el colesterol, aumentar el rendimiento físico y mental, bajar de peso, por mencionar algunos.

Sin embargo destacan grandes paradojas, es cierto que la urbanización cambia comportamientos alimentarios; pero por un lado el hedonismo y la gula son promovidas por la industria alimentaria y por el otro se aumenta la presión social por el autodominio alimentario; esto sin duda influye en las percepciones y en las

creencias de las personas en torno a la decisión de comer, lo cual modifica el vínculo con la alimentación (Lipovetsky, 2007).

Se concluye que el saber médico tiene un poder ideológico superior a los otros saberes, en la actualidad este tiene la capacidad de difundirse y llegar prácticamente a todas las personas. Esta difusión masiva, ligada a una cultura de consumo, impactará de alguna forma en las creencias y percepciones en torno a la alimentación lo cual se encontrará con una serie de valores aprendidos culturalmente ligados a lo bueno y malo para comer.

La medicalización de la alimentación ha guiado las decisiones en salud pública y creado diversos imaginarios sobre como debiera ser una alimentación "ideal". Estos, aunque pueden estar muy alejados de la realidad tangible, son los que guían las políticas públicas y el quehacer médico, estigmatizando prácticas que se salen de lo establecido, generando incertidumbre y relaciones poco satisfactorias con la comida. Respecto a esto Fishler (1990) hace la siguiente reflexión:

"Hoy podemos preguntarnos: El riesgo ligado a los regímenes, esporádicos o permanentes, que se imponen a una parte de la población, en especial femenina, no es al menos tan importante, y si no estamos más amenazados por las angustias alimentarias que nos consumen, que por el contenido de nuestros platos".

2.2. La cultura como sistema normativo de costumbres y elecciones alimentarias.

Este apartado se centra en discutir qué; a pesar de que la medicina pareciera ser la principal referente de recomendaciones y mensajes sobre alimentación, existen una serie de disposiciones culturales sobre lo que se come y lo que no. Es a través de la cultura como se construyen una serie de percepciones sobre lo bueno y/o malo para comer, los gustos y aversiones. Todo el personal de salud encargado de dar recomendaciones sobre alimentación debe de entender a la alimentación como un hecho totalmente social y cultural.

Partimos de entender el origen de las costumbres alimentarias de las personas. Las conductas alimentarias, hábitos alimentarios y costumbres alimentarias, son términos muy utilizados, pero muchas veces se usan indiscriminadamente, sobre todo cuando se habla de orientación alimentaria, y pareciera que su significado es el mismo, sin embargo nos hablan de procesos que hay que diferenciar.

Una **conducta alimentaria** siempre estará cargada de sentido, recordemos que los alimentos son símbolos, el comer trae consigo que el alimento se piensa porque significa algo. Cuando una conducta alimentaria se repite genera **hábitos alimentarios,** entendiéndose como modos de comportarse, cargados de significados, los cuales se quedan cohesionados en las costumbres. Las **costumbres**, por lo tanto son modelos de vida históricamente creados los cuales responden a un sistema de normas que llamamos **cultura** (Cruz, 1991), por lo tanto la cultura es la que determina las conductas alimentarias. Si entendemos

esto, resulta muy complejo intentar cambiar las conductas alimentarias de las personas o grupos de un día para otro ya que éstas no son arbitrarias sino que son el resultado de normas históricas cargadas de sentido.

Si se cambia de costumbre es porque se le asigna un nuevo sentido (Fishler, 1990 y Cruz, 1991) y porque se acompaña de modificaciones estructurales que posibilitan su cambio. Los c**onsumos alimentarios s**e definen entonces en términos de la estructura social y se explica a partir de la relación de todos los demás comportamientos incluidas las relaciones sociales.

La cultura surge entonces como sistema normativo. Es cierto que nuestros modos de comportarnos responden a normas. La cultura crea sistemas de comportamiento regidos por normas como vías de afrontar ciertas situaciones y proponer *modos congruentes de comportamientos* (Cruz, 1990).

Clifford Geertz define a la cultura como un *"esquema histórico de significaciones que expresan símbolos por medios de los cuales los hombres se organizan"* **(**en Gracia, 2002:19).

A lo largo de la historia cada cultura ha ido conformado sus propios patrones alimentarios. Como lo señalan Contreras y Gracia (2005) la selección de alimentos está unida a la satisfacción de las necesidades del cuerpo o de los deseos y gustos personales; sin embrago estas características no son dadas por *"generación espontánea*" o por requerimientos fisiológicos, sino en gran medida por el tipo de sociedad a la que se pertenece, en donde intervienen factores ecológicos, tecnológicos, económicos-políticos e ideológicos en torno a lo que es

accesible, bueno o malo para comer, además del uso simbólico que se les da a los alimentos denotan sentimientos personales dentro de una sociedad y refuerzan la conciencia de pertenencia, es decir sociabilizan. La cultura entonces, crea un sistema de normas sobre lo que se come y lo que no se come en una sociedad dada.

Es importante diferenciar a la cultura como sistema normativo de las normas dietéticas. La sociedades a lo largo de la historia han creado normas en relación a lo bueno y lo malo para comer, es decir, normas dietéticas, sin embargo existen dos tipos, las normas dietéticas y las normas dietéticas populares. Las primeras, responden a una razón dietética, nos dice Cruz (1991) que ésta viene siendo el quehacer del personal de salud, la define como una ***"****función racional para conseguir equilibrio y adecuación en la conducta alimentaria parte de conocimientos técnicos y científicos de lo sería una dieta básica y vital o prudencial"* –responde únicamente a preceptos nutricionales, que por cierto cambian con el tiempo- por otro lado también existe una **razón dietética popular** que se refiere a formas de conducta que responden *a circunstancias prácticas históricas de la forma en que los grupos se organizan para alimentarse dentro de un determinado sistema alimentario* –responde a preceptos sociales, económicos y culturales.-

Los saberes populares en relación con la alimentación responden a este último tipo de normas, de aquí la relevancia de lo mencionado por Gracia (2002) p**ara entender la conducta alimentaria se deben de investigar el sentido de las normas.**

Fieldhouse (1986) hace una lista de las características de la cultura, menciona en primer lugar que **la cultura se aprende** lo cual permite modificarla; **es dinámica**, se va modificando de generación en generación, pero; a la par busca conservar tradiciones; no siempre somos conscientes a ella, son normas que se interiorizan y se demuestran en una rutina diaria; tiene un sistema de valores (lo que es bueno y malo) y por último menciona que está cargada de símbolos que se traducen en éxito para procurar las necesidades de sus miembros.

2.2.1. **Gustos y aversiones**.

Partimos de entender que tanto los gustos como las aversiones son producto de aprendizajes culturales ya que por medio de estas conductas transmitimos mensajes complejos que se van construyendo desde las primeras impresiones en la infancia; de tal manera que cambiar un gusto o intentar que las personas coman alimentos a los que no están acostumbrados representa una barrera muy difícil de romper por su compleja estructura en la vida social.

Entre más familiar sea un alimento más placer produce (Cruz, 1991 y Fieldhouse, 1986:223). Para Fishler (1990) el hombre por su condición de omnívoro necesita variedad en su dieta y como consecuencia tiene un *doublé blind*; es impulsado a la innovación por un lado la **neofilia** (exploración) y por el otro la **neofobia** (prudencia/temor).

En la formación del gusto intervienen tanto los sentidos como la afectividad y la genética (que sólo persiste si hay continuidad, lo genético va siendo moldeado por la influencia social). Según Clara Davis (en Fishler, 1990) la aptitud individual para

hacer buenas elecciones está muy limitada, **lo que importa es la interacción con los congéneres.**

Cruz (1991) afirma que no hay gustos universales, se puede tener un factor genético pero este está condicionado al ambiente, lo que más influye en los gustos es la **familiaridad que se tenga con los alimentos ligados a diversas sensaciones placenteras.**

Al comportamiento alimentario se le asocian prácticas tanto materiales como simbólicas (Gracia, 1990:2) de ahí que surjan distintas corrientes teóricas para explicarlo.

La cocina, entendida como "*el conjunto de ingredientes y técnicas utilizadas para la preparación de las comidas"* (Fishler, 1990) tiene un papel en la conformación de los gustos. Como Levi Strauss (en Fishler, 1990) lo menciona, la cocina permite transformar los alimentos en algo comestible. Muchos alimentos hasta que no son cocinados no son apetecibles o dependiendo del modo en que son cocinados son más o menos gustosos.

El seguir un régimen específico de alimentación, muchas veces implica aislarse del grupo social, elegir alimentos distintos y por lo tanto preparaciones distintas con menos grasa, azúcar, principalmente, con esto se modifica la transmisión del saber culinario (principalmente de madre a hija) y las influencias culinarias se vuelven muy diversas ya que no solo provienen del dominio culinario sino de **los consejos dietéticos,** se da un proceso de reaprendizaje individual (Fishler, 1990 y Gracia, 1990).

Además se resalta que esto no es igual para hombres y mujeres, si bien es cierto que las mujeres han sido generalmente las principales responsables de la alimentación hoy en día se imponen las exigencias de una cocina "*light*"; el vínculo entre la mujer y la alimentación se complejiza, promueve el surgimiento de insatisfacciones que pueden desencadenar en desórdenes alimentarios.

Desde siglos atrás se ha dado una interesante interacción entre la medicina y la gastronomía (Fishler, 1990). No es de objeto de esta tesis analizarla, sin embrago es importante reconocer que actualmente la medicina y la gastronomía buscan compaginarse promoviendo dietas "sanas y ricas" sin embrago la salud y el placer siguen estando alejados desde el imaginario social, siendo común escuchar la frase de "todo lo rico está prohibido". La alimentación toma una postura moral, según Bertran (2011) la medicina llega a tomar el lugar de la religión lo que lo convierte en moral (Laplantine, 1999 en Bertran, 2011).

Aunque la relación entre la medicina y la gastronomía se ha ido modificando a lo largo del tiempo actualmente la gastronomía toma un papel relevante en la revalorización de las dietas tradicionales y en la búsqueda de una alimentación sana pero que sea capaz de satisfacer el paladar.

La gastronomía (y en la actualidad la nutrición) intentan cambiar la percepción y la creencia de que el comer sano es sinónimo de sacrificio y de comidas desagradables e insípidas. La revalorización de las dietas tradicionales, las declaraciones de Patrimonio Cultural de la Humanidad de algunas cocinas (entre ellas la mexicana) ponen en juego nuevas paradojas, entre lo que se había

clasificado como malo para comer y lo que ahora se trata de revalorizar como dieta tradicional y además sana.

Analizando más a fondo los gustos como construcciones sociales ligadas a la sociabilidad, el ser humano es el único ser vivo capaz de consumir alimentos que en un principio le eran desagradables como el café, la cerveza, el alcohol, estos gustos son adquiridos por necesidades socioculturales (gusto adquirido) (Fieldhouse, 1986).

Por otro lado, las aversiones resultan de regulaciones sociales o religiosas o simplemente por disgustos personales. Estos disgustos se van adquiriendo por experiencias personales como las ligadas con enfermedades o a que un alimento sea poco familiar (Garb & Stunkard en Fieldhouse, 1986).

Para Fishler (1990) el disgusto se da cuando la comida no es buena *de pensar*, no encaja con las categorías culturales, sociales, económicas y biológicas que han ido configurando lo bueno y malo para comer. Si hablamos de un disgusto biológico es porque va ligado a la protección del organismo dada por efectos postingestivos (diarrea, nauseas, vómito, enfermedad) que pueden provocar modificaciones en el gusto (Cruz, 1991).

2.2.2. Antojos.

El embarazo puede ser una circunstancia específica en la que se piensa que el deseo debe ser obedecido fielmente, los antojos de las mujeres embarazadas se tratan tradicionalmente como necesidades fisiológicas que es preciso satisfacer. (Fishler, 1990).

El cuerpo femenino a través de la historia ha estado ligado a ideales burgueses en donde le son negados los placeres, a la mujer se le ha reconocido, en muchas culturas por el único hecho de ser madre como si esta fuera su misión en la vida, precisamente por esta concepción es que es en la maternidad cuando la mujer es objeto de atenciones (Gracia, 1990).

La relación placer-bienestar bajo esta lógica sería distinta, sin embrago en el contexto actual, en donde los alimentos son altamente medicalizados, las creencias basadas en estas premisas puede variar.

En muchas culturas los antojos están muy relacionados al embarazo. Dickens y Trethowan (1971) estudian antojos y aversiones en un grupo de embarazadas inglesas, encuentran como principales aversiones*: té, café, cocoa, vegetales, carne, pescado y huevos*; y como antojos: *fruta, jugos, dulces, helados, leche.* Otro estudio de Hook (1978) menciona como antojos: dulce, helados, leche y fruta; aversiones: carne y pollo. Snow y Johnston (1978) Michigan: encuentran que las mujeres asocian el consumo de cerezas y fresas con la aparición de puntos rojos (las marcas de nacimiento eran raras y relacionaban con las manchas; si no satisfacían el antojo de pollo el niño nacía con cara de pollo).

En el caso Mesoamericano, tano para los aztecas como para los hispanos durante el embarazo se procuraban cuidados médicos para descartar la posibilidad de un aborto o de malformaciones congénitas. Para los nahuas lo que comía y bebía la madre se “incorporaba en la criatura”, se destacaban cuidados relacionados a no cargar cosas pesadas o hacer esfuerzos físicos, incluso la medicina indígena se

preocupaba por el cuidado psíquico. Otras creencias de origen indígena eran que se debían evitar eclipses de sol y luna porque el niño nacería con labio leporino, si temblaba se debían romper o tapar las vasijas a su alrededor para que la madre no abortara. Los mexicas consideraban que los antojos se deberían satisfacer para evitar complicaciones. La herbolaria servía para detener el aborto (Quezada, 1975).

Alimentos-capricho. Se consideran capricho por su alto valor energético, económico o bajo valor nutritivo; algunos dejan de ser capricho para convertirse en cotidianos (Gracia, 1990).

Las personas desean comer lo que les gusta cuando les apetece ¿hasta qué punto condicionado por influencias sociales incluida la publicidad y convivencia con otros?

Couvade. En un estudio sobre mujeres embarazadas en la ciudad de Cali, Colombia, Caole Browner describe que muchas de las mujeres reportan síntomas del embarazo no solo por ellas mismas, sino también por sus esposos. Las respuestas de los hombres son conocidas como couvade (*couvade síndrome*) que son conductas ritualizadas o expresivas de los hombres durante el embarazo de sus parejas, durante el parto y postparto **(**McElroy y Townsend, 1996). Se puede decir que el cambio en el estado de la mujer es un cambio potencialmente estresante, si no tiene una red social de apoyo se convierte en dependiente de su esposo y de la familia de su esposo.

Browner desarrolla esta teoría: *entre la mujer sea más dependiente es más probable que interprete síntomas en su pareja como signos de una responsabilidad compartida como padres*, cuando menos sea la dependencia estos síntomas no se asocian con su embarazo. Según este autor es la dependencia emocional y económica la que lleva a las mujeres a interpretar los síntomas de su esposo o pareja en términos de sus propios miedos y necesidades (McElroy y Townsend, 1996).

2.2.3. El papel socializador de los alimentos.

Con lo analizado se pueden entender a los alimentos como herramientas de socialización y conformación de identidad.

Si bien es cierto que la sociedad en la que estamos insertos configura nuestros modos de comportamiento, cada individuo es autónomo de sus decisiones, sin embrago aunque hay una "autonomía" en la elección de las prácticas alimentarias, estas prácticas deben significar algo en la sociedad, ya que es la sociedad quien las estructura y les da significaciones (Fishler, 1990).

Bisogni (2012) habla de las *"food choice trajectories*" para entender que las experiencias tempranas que los individuos tienen con los alimentos proveen pensamientos y modos de comportarse que tienden a continuar a lo largo de la vida; cuando un individuo recibe una nueva información va a depender de estas trayectorias el cómo la perciba además de si tiene alguna motivación al cambio.

Volviendo al contexto actual en el cual los alimentos son tratados cada vez más como medicina en una búsqueda inalcanzable por la estética, la salud, por un lado

y el placer hedónico por el otro, pareciera que cada individuo debe desenmascarase de su cuadro cultural en la búsqueda de un régimen que le permita hacer elecciones que apaciguan su angustia e incertidumbre y les permitan construir una imagen estética y “saludable”. Sin embargo cuando se sigue un régimen únicamente por cuestiones dietéticas, este no suele durar mucho si no existe la suficiente motivación y apoyo social por parte de las personas que lo rodean. El fracaso de los regímenes dietéticos está en hacer cambios totalmente radicales descontextualizados de los gustos y costumbres de las personas.

Una vez más nos damos cuenta de que la “aparente autonomía” tiene que significar algo en el ámbito social de lo contrario aparecen conflictos que dificultan el vínculo con la comida. Los valores alimentarios altamente medicalizados son más teóricos que prácticos (Fishler, 1990) lo cual crea angustia y culpa cuando no se cumplen, incluso fracaso.

A través de los alimentos se busca y encuentra cierta identidad, a la vez esta identidad permita sociabilizar. Los grupos humanos sociabilizamos alrededor de la comida (bodas, bautizos, reuniones laborales, etc.) es complicado seguir un régimen dietético ya que aísla y contribuye a la incertidumbre en una búsqueda inalcanzable de la “dieta ideal”.

Encuentro de Saberes

Una vez analizada la medicalización de la alimentación por un lado, la cual culpabiliza y desdibuja implicaciones sociales y culturales del por qué comemos lo

que comemos, se describe como se da el encuentro de saberes médicos, entendidos como conocimientos meramente técnicos que salen de un laboratorio de estudio, con los saberes aprendidos y configurados por las estructuras culturales y sociales de cada persona.

Para empezar es importante aclarar un aspecto importante de las recomendaciones médicas; los conocimientos médicos y las recomendaciones alimentarias que surgen de estos no están aislados de la cultura, estos pertenecen a la cultura médica, una cultura definida por saberes técnicos que emergen de un laboratorio, descontextualizados de la realidad social, los cuales son reconfigurados por las mismas creencias de los médicos quienes las emiten y las reinterpretan de acuerdo su esquema de vivencias, estas recomendaciones se emiten en un espacio determinado, **el consultorio**, espacio físico en donde el médico tiene un mayor poder, es en este contexto en donde se da el encuentro de saberes; las mujeres saldrán del consultorio y resignificarán dichos mensajes de acuerdo al poder que le otorguen al médico y a su sistema de creencias y situaciones sociales. Estos hechos se describirán adelante más a detalle.

Los saberes médicos, por su poder dominante, constantemente pretenden redefinir a los saberes tradicionales, sin embrago el acto médico no se queda aislado, el médico al estar en contacto con una persona o grupo socializa y culturaliza su práctica y entran en relación los diferentes saberes (Menéndez, 1994:76) es decir, los saberes médicos, los saberes tradicionales de quien recibe las recomendaciones así como los saberes tradicionales del mismo médico, basados en sus propias experiencias y trayectorias alimentarias.

Mead y Guthe (1945 en Bertran, 2011:79) mencionan que “la población ya tiene conocimientos sobre cómo alimentarse “sanamente” y que sin embargo se generan posibles conflictos entre los sistemas alimentarios tradicionales, construidos por saberes tradicionales milenarios y los nuevos conocimientos, generados desde los saberes médicos”. La población recibe los mensajes y los resignifica en términos de conocimientos previos, de la conveniencia y de las posibilidades para llevarlos a cabo, es decir:

> “*la población va a adquirir información y va a utilizarla en sus decisiones alimentarias de acuerdo a sus creencias culturales y a su condición socioeconómica” (Bertran, 2011:160).*

La condición socioeconómica se vuelve un aspecto relevante a tomar en cuenta por al acceso diferenciado a los alimentos que tiene cada estrato social así como por la capacidad que tiene los alimentos de construir y reafirmar identidades, lo cual influye en la elección.

Ante este panorama surge la necesidad de re-pensar el proceso alimentación-nutrición desde una perspectiva que permita incluir todos los elementos biológicos, sociales, culturales, psicológicos y económicos del mismo proceso alimentario y nutricional necesarios para entender todo el fenómeno que rodea la decisión de comer algo o no, con el fin de poder comprender de una forma más integral el hecho alimentario y las implicaciones de la dietética en la salud.

Las recomendaciones médicas, a pesar de su aparente éxito ideológico se ven limitadas en poder modificar las causas estructurales que determinan las prácticas

alimentarias de las personas, según Menéndez, se olvidan del objetivo principal que debería de ser *"la descripción y el análisis de los significados de los saberes preventivos de los grupos para trabajar a partir de los mismos en un proceso de acción conjunta"* (Menéndez, 1994).

La antropóloga Audrey Richards ya desde 1948 mencionaba que la función alimentaria debe considerarse como un todo biológico y social al igual que Fishler (1990), Gracia (1990) y Contreras y Gracia (2005).

Gracia (2002) afirma que comemos lo que somos, nuestra alimentación está condicionada tanto por nuestra realidad biológica como social.

Es relevante analizar las creencias y percepciones de las personas ante esta complejización, ya que si no entendemos como las recomendaciones dietéticas inciden en las creencias no sabremos el beneficio o daño que estas acciones promueven en el imaginario social.

"La recomendación del personal de salud no tiene importancia teórica o práctica, a menos que se le relacione con los recursos del medio, con el sistema de producción y posibilidades de redistribución" (Aguirre, 1994:45).

2.2.4. La elección de los alimentos- trayectorias alimentarias y principio de incorporación.

Para Bourdieu el que se actúe de determinada forma corresponde a una estructura de clases. El *habitus*, entendido como un "*sistema de disposiciones durables y transferibles que integra experiencias pasadas y estructura*

percepciones, apreciaciones y acciones" (1991:92) nos condiciona a determinadas conductas, nos dice que ciertos grupos o estratos sociales que comparten una determinada cultura o "modos de vida" tendrán un capital cultural más o menos homogéneo, el motivo de que compartan dicho capital es que tiene un sentido práctico en un determinado contexto social, cultural y económico en donde se comparten similares condiciones de existencia.

Este habitus diferenciado por clases sociales origina conductas alimentarias y **consumos socialmente diferenciados.** Fishler (1990) explica que el alimento es un medio de intervención sobre el cuerpo y sobre el YO. Es decir que al estar los alimentos cargados de símbolos, el incorporarlos a nuestro organismo nos permite construirnos a partir de dicho símbolo que representa el alimento, esto nos permite configurar identidades y sentidos de pertenecía, de ahí que los alimentos sean constructores de identidad, a este fenómeno Fishler (1990) lo llama **principio de incorporación**. Cada vez que se consume un alimento, entran en juego: la vida, la salud y el equilibrio **simbólico.** Cada incorporación significa un acercamiento a lo que se quiere ser, buscamos construirnos comiendo.

A pesar de que pareciera con esto que cada clase social va a comer los alimentos determinados por su contexto se da un fenómeno llamado **carrera de clases (Fishler, 1990)**. Si mediante los alimentos podemos construirnos, toma relevancia la frase de "somos lo que comemos" tanto biológica como socialmente. Las clases o estratos bajos buscarán igualar los consumos de las clases más altas, esto le da un valor añadido a los alimentos, porque significa que comer determinado alimento

permite un cambio de estatus aunque sea momentáneo, sin embargo las clases sociales siempre buscarán diferenciarse.

En un contexto medicalizado y en donde prevalece la cultura de consumo como el actual (Lipovetsky, 2007), los alimentos tienen una sobre valorización, porque se añade el valor ligado con la salud, la estética y la felicidad. Los alimentos adquieren una función de medicamentos cada vez más intensificada alentada por la medicina a través de los medios de comunicación; se “satanizan” ciertos alimentos” (azúcar y grasas) y se sobre valoran otros conforme la nutrición descubre propiedades benéficas en ellos y la industria alimentaria junto con los medios de comunicación los promueven. Se aísla por completo cada alimento y nutriente y se deja de lado a la cocina, cuando esta también tiene un papel en dar identidad y en hacer comestibles a los alimentos (Levi Straus en Fishler, 1990).

En el caso de México, por ejemplo, por muchos años se ha tendido a desvalorizar a las dietas tradicionales y a promover recomendaciones basadas en dietas “occidentales” (Díaz y Gómez, 2008) como “la dieta mediterránea”, calificándose a los alimentos y platillos representativos de México (maíz, pozole, tamales, tacos, enchiladas) como ricos pero “engordadores” es decir, con muchas calorías y a la dieta mediterránea se le califica como símbolo de abundancia, de buen gusto y de salud. Esto persiste en la actualidad aun cuando es sabido que desde los inicios de las investigaciones de nutrición y antropología, consiguieron destacar el valor nutritivo del maíz y de la dieta mexicana (Aguirre, 1994).

Esta desvalorización tiene consecuencias en el consumo de los mexicanos, por ejemplo se ha venido registrando una disminución en el consumo de alimentos como maíz y frijol característicos de la dieta mexicana y un aumento en el consumo de otros de alta densidad energética como los productos de panadería y los refrescos (García, 2012).

La declaratoria de Patrimonio Inmaterial de la Cocina Tradicional Mexicana, otorgada por la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (UNESCO), el Instituto Nacional de Antropología e Historia y organizaciones como la Alianza por la Salud Alimentaria, entro otras, promueven el uso y rescate de la dieta mexicana para revertir los problemas de salud que aquejan en la actualidad a la sociedad mexicana. Sin embrago el consumo en la población mexicana se ha modificado como se muestra en el cuadro 12.

Cuadro 12. Cambio en el consumo de tortilla, frijol y productos de panadería y pastelería industrial en México de 1990 al 2008.

Consumo por habitante	1990	2008
Tortilla de maíz	14.49 kg	7.8 kg
Frijol	20.6 kg	11 kg
Productos derivados de panadería y pastelería industrial.	0.0006 kg	18 kg
Refresco	138 lt.	153.8 lt.

Fuente: García, 2012.

Ante esta cacofonía de recomendaciones que mencionan Fishler y Gracia y ante la incertidumbre generada en torno a lo que es bueno o malo comer (Bertran, 2011), se hacen esfuerzos por recobrar identidades, un ejemplo de ello es el de

revalorizar la dieta mexicana promoviendo el consumo de alimentos como el maíz, frijol y amaranto. Esto responde a fenómenos económicos e identitarios, a la necesidad de reafirmar quienes somos por medio de los alimentos.

Otra búsqueda de identidad se da a través de reconocer qué es lo que comemos. La industria alimentaria pasó de ser algo novedoso a algo desconocido, a través de los años logró alterar los alimentos de tal forma que se volvieron irreconocibles. Dice Contreras que si "somos lo que comemos" y si "no sabemos lo que comemos" entonces "no sabemos quiénes somos" (Contreras y Gracia, 2006).

Es cada vez más común escuchar preocupaciones ligadas a saber cuál es la procedencia de los alimentos, a leer el etiquetado de los mismos y a la búsqueda de alimentos "naturales", "orgánicos" es decir libres de conservadores o manipulaciones desconocidas que pudieran generar daños a la salud como es el caso de los transgénicos. Ante tanta incertidumbre las personas tienden a buscar un régimen que les sirva de orientador ante tanta variedad y contradicción.

2.2.5. Cambio de creencias

Esta información puede generar un cambio de percepciones sobre lo bueno y malo para comer. Los individuos aceptan o rechazan la información nueva a medida que va pasando por un "filtro"; se queda la información que adquiere significación y valor en base a las ***trayectorias*** de cada persona. La valorización actual de la salud depende de la noción de salud que tenga cada clase o grupo, "la concepción de salud son nuestras propias representaciones del mundo en el que vivimos" (Adam, et al., 2007:73).

El hecho alimentario, al estar determinado por normas culturales, es socializador, esto significa que es un proceso en el que las normas con valor cultural son pasadas de generación en generación (Fieldhouse, 1986).

Según Fieldhouse (1986) existen dos procesos que nos pueden ayudar a entenderlo, el de enculturación y el de aculturación descritos a continuación.

Enculturación se refiere a la transmisión de una cultura en específico en donde la primera socialización se da en la familia. Por medio de la comida los adultos comunicarán actitudes y sentimientos a los niños quienes irán asociando alimentos y sentimientos que les serán más fáciles de aceptar. Una segunda socialización es cuando el niño entra al ambiente escolar en donde lo aprendido en casa se refuerza o se contradice con lo que se aprende de sus pares, incluso Fischler (1990) menciona que lo que el niño aprende en esta etapa puede influenciar en los padres.

Las relaciones sociales crean normas a seguir, según Clara Davis, lo que a los niños les interesa no es hacer selecciones adecuadas sino la interacción con los congéneres.

La adopción de nuevos comportamiento es más fácil si se demuestra un beneficio o cuando se percibe una amenaza (enfermedad) o cuando mediante el cambio se busca construir una nueva identidad, incluso se mencionan cambios impulsados por programas nutricionales y por intervenciones médicas, siempre y cuando se respalde de un cambio en el significado, en el ambiente físico o social (Adam, et al., 2007).

Existen otras influencias como es el caso de la publicidad; Abrahamsson (en Fieldhouse, 1986) nos dice que la mercadotecnia configura más los hábitos que las tradiciones, los niños son los más influenciados y llevan estos nuevos hábitos a casa. Para Meyers (1963) **la publicidad induce a la acción,** no se venden solo productos sino "estilos de vida." -*modos de ser ideales que se pretenden alcanzar al solo ingerir un alimento ligado a un significado de poder específico.* Esto en el embarazo implicará nuevas percepciones influenciadas por la publicidad que reciben tanto las mujeres cómo las que reciben ellas a través de sus hijos.

En cambio la **aculturación** la define como un proceso en el cual los grupos o individuos se adaptan a las normas y valores de otro grupo, normalmente de una cultura dominante (Fieldhouse, 1986) que llevan a la búsqueda de nuevas identidades como es el caso del embarazo, del matrimonio, de la migración y de la movilidad social.

Existen una serie de factores modificadores de conductas alimentarias que se relacionan con variables demográficas y sociales como la urbanización, industrialización, tecnología agrícola, modificación del tiempo de trabajo, fluctuaciones en el precio de los alimentos, cambio en las estructuras familiares-domésticas, programas gubernamentales, la edad de las personas, su nivel educativo, el tamaño de la familia, así como su origen geográfico.

Las recomendaciones dietéticas no son ni serán ninguna novedad, se han ido dando y modificando a lo largo de la historia conforme a los paradigmas nutricionales prevalentes en cada momento histórico (comer leche, carne y huevo

a comer frutas, verduras y agua). Fishler (1990) menciona que las prácticas alimentarias pueden cambiar muy rápidamente, pero no precisamente porque se eduque a la población, las modificaciones se dan cuando hay cambios **en la urbanización, tecnología y/o comercio** y puede reflejarse en el remplazo de un producto por otro, pudiendo ser *ascendente* (a favor de productos que presentan ventajas ya sea nutricionales o por ser alimentos con un mayor "estatus" -trigo por maíz-) o d*escendente* (cambios hacia alimentos que no presentan ventajas nutricionales pero se hacen por motivos de escasez o disponibilidad) también se modifican los horarios, las combinaciones de platillos (aumento de comidas rápidas, o comer todo en un solo plato), etc.

Como vemos estos cambios no están motivados solo por recomendaciones dietéticas sino por circunstancias cambiantes del modo en que se organiza la sociedad, de esta forma se van configurando **conductas alimentarias.**

Como conclusión tenemos que las creencias alimentarias en torno a lo bueno y a lo malo para comer en el embarazo vienen de tradiciones culturales determinadas por situaciones sociales o trayectorias que configuran significados a los alimentos en donde la medicina tiene una influencia dependiendo de las experiencias ligadas al consumo.

2.3. **Las recomendaciones alimentarias durante el embarazo.**

Durante el embarazo son recibidas toda una serie de recomendaciones nutricionales sobre cómo se debería comer para evitar riesgos a la salud del bebé o de la madre ya que hay alimentos concebidos como buenos o malos para el

embarazo (cultural y médicamente). Estas recomendaciones son particulares respecto al resto puesto que implican una doble responsabilidad, la del cuidado de la salud de la madre y además del hijo(a). En este apartado se pretenden analizar ciertas particularidades del hecho alimentario ligadas al embarazo con el fin de acercarnos a la construcción del saber alimentario de las mujeres embarazadas.

Cabe destacar que las mujeres no solo son madres, existe una creciente situación social en donde tienen una mayor participación en labores que no son domésticas (Esteban, 2006) hecho que implica cambios en las percepciones en torno a la alimentación y en el vínculo mujer-alimentación ya que se tiende a tener menos tiempo para cocinar, surgen otras prioridades y la compra y preparación de alimentos se modifica así como el saber alimentario.

No hay ninguna sociedad en la que a las personas se les permita comer de todo (Fieldhouse, 1986). Los valores atribuidos a los alimentos (que preceden la selección) pueden ser atribuidos por cuestiones de disponibilidad, riesgos, influencias (médicas, publicitarias) que se van adaptando de generación en generación. Para entender el por qué de determinada creencia alimentaria se tendría que analizar su evolución en el tiempo lo cual no será tarea sencilla.

El saber alimentario lo define Gracia (2002) como *"el conjunto de conocimientos teóricos y habilidades técnicas necesarias para resolver prácticas diarias de aprovisionamiento, conservación, cocinado, servicio, reciclaje o control de los alimentos y tareas vinculadas al hecho alimentario*" estas se han ido transmitiendo, de manera muy generalizada, a través de las mujeres por vía oral y en el ámbito

doméstico; estos conocimientos varían conforme los procesos históricos y las relaciones sociales (Gracia, 2002:99).

Gracia nos dice que el vínculo entre la mujer y la alimentación es algo tenso y conflictivo debido por un lado, a la responsabilidad histórica que han tenido las mujeres con el hecho alimentario la cual se ha venido transformando hacia una aversión a estas tareas domésticas; por el otro lado, la individualización de las formas de comer, la razón dietética ligada a las preparaciones y a la constante exigencia estética sobre el cuerpo acompañada de la escasa satisfacción que se tiene con éste, han modificado las formas de cocinar, los platillos suelen ser menos elaborados, más regidos por normas dietéticas (a la plancha, sin grasa, sin azúcar). Las formas tradicionales de transmitir el saber alimentario (madre-hija) se modifican y en muchos casos se pierden; ahora intervienen otras y cada vez más diversas influencias, destacan las revistas o el internet (respaldadas por normas dietéticas), así como el ensayo y error experimentado individualmente. La creciente cacofonía apoya la deculturación del saber alimentario cotidiano (Gracia, 1990).

La actitud de las mujeres hacia sus cuerpos dentro de esta búsqueda y construcción de la feminidad, modifica sus prácticas alimentarias. La publicidad de la alimentación, dentro de esta cultura de consumo, contribuye a la fetichización y cosificación del cuerpo femenino. La “tiranía de la delgadez” dice Chernin, limita el desarrollo de la mujer social, personal y físicamente. (en Contreras y Gracia, 2005). En el caso de México en donde existe una alta prevalencia de obesidad este hecho implica un impacto sobre creencias y percepciones de la mujer

mexicana planteándose la paradoja mencionada por Contreras *"se sabe gorda, se sueña delgada."*

Durante el embarazo el cuerpo se transforma, lo que la mujer actual, por lo menos en teoría vive tratando de evitar y controlar, el subir de peso durante el embarazo se vuelve incontrolable. Este hecho tendrá o no implicaciones en los sentimientos de las mujeres, esto dependerá de cómo ellas perciban estas "recomendaciones" y regularizaciones dietéticas.

Para algunas el embarazo puede significar una "liberación" de las normas, una especie de "permiso moralmente aceptado" a comer "de todo" para otras puede significar "angustia" al no poder controlar su cuerpo, miedo a subir de peso; para otras el embarazo podrá ser una etapa "normal" en la vida de una mujer, que se vive sin angustia ligado al ideal de madre como uno de los eventos más importantes en la vida de una mujer. Dependiendo de la percepción que se tenga de la maternidad será distinto el vínculo de la mujer con la alimentación.

Durante el embarazo ocurre que no es sólo a la madre es a quien se le brinda cuidados, sino al hijo o hija a través de ella. La ética muchas veces se refiere a tratar a los otros como si fuéramos nosotros mismos; durante el embarazo el cuerpo de la mujer pasa a ser también el cuerpo por medio del cual su hijo(a) se alimenta para crecer y nacer.

Esto pude tener diversas y complejas implicaciones en la forma que tenga la madre de cuidar su salud y su alimentación.

2.4. ¿El embarazo cómo motivador de cambio?

Bisogni (2012) habla de que para que se modifiquen los comportamientos alimentarios se necesita una cierta motivación al cambio, el menciona al matrimonio como una experiencia que implica un gran cambio en donde los conocimientos relacionados con la comida pueden ser reconstruidos debidos a un tipo de negociación que tiene que hacer la pareja para compaginar distintos modos de comer configurados por la familia de la cual viene cada uno.

El embarazo también se ha entendido como una posible etapa de motivación al cambio en comportamientos alimentarios, precisamente porque el ser madre implica ser la responsable de la nutrición del hijo o hija que lleva en su vientre, en el embarazo lo que come la madre repercute directamente en la salud del feto, sin embrago existen controversias en si el embarazo debiera ser una etapa en que a la mujer se le debe incitar a cambiar sus comportamientos alimentarios o no (Anderson, 2001). Si el embarazo se concibe como un fenómeno medicalizado similar a la enfermedad será más probable que se incite a cambios-. Otro punto para analizar es que muchas veces el embarazo precede o antecede al matrimonio o a la unión con una pareja; en ese caso se superponen dos momentos de sociabilización de las formas de comer por un lado la negociación con la pareja y por el otro con las recomendaciones dietéticas para el embarazo.

Por otro lado Fowles, et al. (2005) mencionan que las mujeres embarazadas le otorgan nuevos significados a la alimentación ya que explican a la salud

alimentaria en función de su hijo(a) y, ante tal abundancia de recomendaciones confiarán en su propio juicio en donde el contexto tendrá un papel determinante en la forma en que interpreten las tradiciones y adaptaciones.

Es de interés de esta tesis explorar las **normas** que guían las decisiones alimentarias de las mujeres, el poder de las recomendaciones médicas y la influencia de las determinantes sociales en las creencias y percepciones de la alimentación durante el embarazo.

Como se mencionó al principio, existe un particular interés desde la salud pública, en que las mujeres embarazadas tengan acceso a una dieta sana que les permita un embarazo sin complicaciones y minimice los riesgos en la salud y la mortalidad de ella y de su hijo(a).

Para dar orientación alimentaria a una mujer embarazada, si bien se tendrá que tomar en cuenta el contexto económico, cultural y social en que se desarrolla, no sigue siendo tarea fácil ya que el embarazo implica una serie de particularidades que podrían modificar y complejizar el vínculo mujer-alimentación.

2.4.1. Género.

Las mujeres han tenido un acceso diferenciado a la educación, a la información, a los recursos, a la tecnología y a la toma de decisiones, a la vez que tienen la responsabilidad primaria en la crianza de los hijos(as), en la prestación de atención a la salud, en la transmisión de prácticas alimentarias y en el desarrollo de redes para proteger a la familia en tiempos de crisis. (Oniang'o y Mukudi, 2002 y Pérez, S., s/a).

En esta parte del análisis surge la relevancia del análisis crítico de género. Para fines de esta tesis se entiende **género** como lo sugiere Salas (2011) no como algo asignado, sino como el resultado de prácticas interactivas que generan los individuos en su rutina diaria, estas actividades están dadas en función de lo femenino y lo masculino creando diferencias que no son naturales, sino construidas. En el caso de la alimentación y del embarazo existen situaciones sociales cambiantes que construyen y generan conductas distintas entre hombre y mujeres en cuestión de autocuidado; la mujer es la responsable de su salud y de la de su hijo(a); además es la principal actriz en labores domésticas (elección, compra y preparación de alimentos). Estas responsabilidades (dadas por arreglos sociales y culturales) y normalizadas por el contexto están ligadas a la sobrevivencia (reproducción social). El trabajo de cocinar y cuidar a los hijos suele estar concentrado en la mujer, el utilizar al género nos permitirá, como Salas (2011) lo propone, ordenar la información que nos muestre la presencia de las mujeres en las tareas de autoatención, dar cuenta de las jerarquías y diferencias de poder cambiante y en constante negociación (Scott, en Salas, 2011).

Las mujeres que están en el mercado laboral tienden a tener menores salarios, además Esteban (2006:15) menciona que se tiende a una "*nueva situación social y laboral de las mujeres que implica transformaciones en formas de convivencia"*, Gracia (2002) nos habla de esta doble jornada laboral de las mujeres que han salido de sus hogares a trabajar pero a las que nadie ha remplazado o "ayudado" en las labores tradicionales de cocinar, limpiar, cuidar de los hijos por mencionar algunas; que tienen que responder a las demandas sociales de ser buenas

madres, exitosas en el trabajo y además cuidar su salud, hacer dietas para mantenerse bellas y saludables y de paso cuidar que la alimentación que les den a sus hijos(as) sea lo más sana posible; sin embrago ante esta enorme demanda de responsabilidades, al final del día tienden a tener menos tiempo para atender sus propias necesidades de salud lo cual aunado a situaciones biológicas de desgaste fisiológico que implica el embarazo, la mujer se vuelve más vulnerable a presentar problemas de malnutrición (Oniang'o y Mukudi, 2002; Ortiz, 2005; Bourcier et al., en Díaz y Gómez 2008).

La malnutrición en las mujeres contribuye a la falta de capacidades lo cual ocasiona, según Oniang'o y Mukudi (2002) un círculo vicioso de pobreza y malnutrición.

Las mujeres que trabajan cuando se embarazan muchas veces dejan de laborar, esto significa menores ingresos que pueden tener implicaciones en el acceso y consumo de alimentos recomendados, una repartición inequitativa de la comida. Además muchas veces se les tiende a culpabilizar por la mala nutrición de sus hijos, se dice que por salir a trabajar descuidan a la familia y hasta les atribuyen el problema actual de obesidad y malnutrición, se les culpabiliza y adquieren el rol de "seres para otros" (Cardaci, 1990).

El ser mujer también implica una relación de poder distinta no solo con sus familiares, sino con los(as) médicos(as) que implicará cambios en las percepciones sobre las recomendaciones alimentarias.

En el análisis se debe profundizar en que la alimentación durante el embarazo es un fenómeno social que no está únicamente sujeto a la decisión de las mujeres, durante la maternidad se articulan diferencias de poder, los saberes de las madres y de los expertos no tienen la misma jerarquía (Salas, 2011) esto constituye en un ámbito de reflexión importante en donde también se generan sistemas de resistencia a la intromisión de la medicina a la vida privada (Esteban, en Salas, 2011).

Oniang'o y Mukudi (2002) proponen que las políticas públicas que incluyan temas de nutrición necesitan incorporar una perspectiva de género para tener impactos de mayor alcance (sin culpabilizar y haciendo un análisis crítico y objetivo de la situación actual de las mujeres). Se necesita trabajar con la comunidad y asegurar el acceso a alimentos en los hogares como primer paso, así como mejorar el acceso a la educación de las mujeres y quitar la visión empobrecedora de "ayuda" que las vulnerabiliza. Al mismo tiempo se deben explorar las diferencias entre los saberes, identificando a los saberes médicos que se hacen parte de los saberes domésticos (Salas, 2011).

2.4.2 Interculturalidad

Si partimos del supuesto de que existen motivaciones profundas insertadas en la cultura de las mujeres que acuden a al médico, surge otro concepto que deben de tomar en cuenta los profesionales de la salud al brindar recomendaciones alimentarias, **la interculturalidad**.

"La simple tolerancia de lo que es culturalmente distinto, sin un verdadero intercambio enriquecedor, no llega a ser todavía una interculturalidad positiva" (Albo en Pérez-Gil, s/a).

Los profesionales de la salud al brindar recomendaciones alimentarias pretenden intervenir en aspectos de la vida cotidiana que han sido estructurados a lo largo de los años, que forman para de una identidad y de una respuesta social determinada.

Contreras y Gracia (2005) afirman que las prácticas sociales evolucionan y se transforman. Existe un espacio de libertad que permite adaptar**,** modificar y hacerlas evolucionar. Definen a la *sociabilidad* como la posibilidad de redirigir el modo en que los individuos interaccionan e interpretan, en un contexto dado, las reglas impuestas por la *sociedad* (impacto cristalizado sobre los individuos de los modelos culturales mayoritarios y de una visión del mundo). Es un proceso interactivo en que los individuos eligen la forma de comunicación y son capaces de mostrar voluntad de reproducción social ante determinadas coyunturas. Durante el embarazo la sociabilidad cobra relevancia, todo el mundo opina sobre lo que la embarazada debe de comer, desde el médico, hasta la pareja, familiares y amigos o puede existir el caso de que no se cuente con estas redes.

Queda claro que los cambios sociales, culturales y económicos irán determinando históricamente las ideologías y costumbres alimentarias y que las prescripciones dietéticas médicas evolucionan a la par de estos cambios. Los objetivos de la salud pública convergerán con dichas modificaciones.

2.5. Orientación Alimentaria, fines, usos y limitaciones.

Se sigue insistido en que hay que educar a la población para que “aprenda” a comer. En este punto hay que diferenciar educación de información. Muchas veces estos términos se confunden, sin embrago la educación va más allá de la sola transmisión de información. La educación es un proceso mucho más complejo que se caracteriza por la participación del sujeto o comunidad, un diseño claro del programa educativo, involucra un proceso gradual con distintos niveles y etapas de desarrollo. (Cervera y López, 2009). Lo que se hace actualmente es informar no educar.

La ciencia evoluciona a pasos enormes, un día las recomendaciones dicen una cosa y al otro dicen otras, un médico, configurado por sus propias creencias recomienda un cierto tipo de alimentación y otro médico o nutriólogo lo desmiente y recomienda una dieta distinta, tanta información y tan diversa y muchas veces contradictoria crea dudas en torno al alimento, esto a su vez aumenta la alerta y la incertidumbre. Ante tanta información la sociedad también busca innovaciones con respecto a los últimos avances en la nutrición; libros de nutrición se venden como *best sellers*, algunas dietas se hacen famosas, de pronto no solo los nutriólogos dan recomendaciones, sino los chefs, los entrenadores deportivos, actores, es decir, hay una abanico de recomendaciones, pero ¿Qué implicaciones tiene esto en la salud? Si las personas no logran modificar sus comportamientos alimentarios por qué los determinantes estructurales lo impiden (no hay acceso, tiempo, disponibilidad, gusto, etc.) que sentimientos causa y ¿cómo afecta esto su salud y su alimentación?

La televisión y el internet se convierten en el nutriólogo de cabecera, falta tener una duda para buscarla en la web y encontrar no solo lo que se buscaba sino lo que le conviene encontrar, ya se hablaba de la mediatización de la medicina, el fácil acceso que tienen los medios a fuentes científicas ¿Qué hace el lector para discernir cuál es verdadero?

La medicina y la nutrición, nos dice Gracia (1996) generan modas dietéticas que animan a la población a seguir prácticas muy específicas en cortos periodos.

Thomas (1980) afirma en base a un estudio realizado con amas de casa británicas que no siempre un mayor conocimiento nutricional por parte de la población tiene que ver con conductas alimentarias mejores, establece que estar familiarizado con terminología nutricional puede ser una interpretación muy limitada de lo que ha de entenderse por conocimiento. Gracia (1996) también menciona que los programas de atención nutricional apenas tienen efectos en los hábitos de las personas a quienes se dirigen, por otro lado, cuando se ha estudiado a quienes tienen decisiones “más acertadas” conforme a una dieta sana, no son las que tienen mayores conocimientos, sin embrago es relevante analizar si el contexto en que viven les permite o facilita llevar a cabo las recomendaciones, analizar los factores de orden motivacional y el grado de implicación, por ejemplo si hay niños en la familia o si se tiene un estado patológico o fisiológico específico.

Es importante analizar el vínculo que se ha establecido entre alimentación-belleza y felicidad ya que parece que uno va de la mano del otro, pero que pasa cuando esto no sucede, ¿cómo se modifica el vínculo con la alimentación? La felicidad

ligada a la belleza y a la estética parece superponerse a la salud, la industria busca satisfacer esta demanda promoviendo productos mágicos que sin esfuerzos prometen la felicidad a través de una estética específica.

Fieldhouse (1986) nos dice que la información por sí misma es insuficiente para la acción, esto es cierto pero hay quienes mantienen que la publicidad hace más que dar información como se mencionó con anterioridad, la publicidad induce a la acción por qué no se venden solo productos sino “estilos de vida” un sueño, una emoción, una determinada forma de ser (Meyers, 1963).

Rivera (2007) en su artículo, habla de la perspectiva social que debe tomar la educación nutricional en México. Afirma que todas las recomendaciones destinadas a alentar y a apoyar dietas adecuadas y formas de vida sanas deben se aceptables desde el punto de vista cultural y viables desde el punto de vista económico, las recomendaciones deben de ser claras, simples y prácticas, adaptadas a aspectos cotidianos, se debe evitar incurrir en contradicciones que confundan al público. Considera a la publicidad de alimentos como un arma peligrosa que debe ser estrictamente reglamentada y propone prestigiar alimentos y patrones autóctonos, al igual que Patiño (2005) enfatiza la participación activa de la comunidad en la planificación de los programas de orientación alimentaria.

Gracia (2007) también propone comprender las condicionantes económicas, culturales y políticas que en relación con la cultura de consumo afectan las relaciones de género, el acceso a recursos, las formas de entender la enfermedad y cuidados del cuerpo así como buscar la razón en los cambios de la estructura

social y organización económica, los cuales considera, pueden guiar el camino hacia mejores recomendaciones dietéticas, algunos ejemplos de estos cambios estructurales son : largas jornadas, falta de tiempo para organizar la comida, pérdida de competencias culinarias y la promoción del consumo compulsivo; cuestiona la eficiencia del actual modelo de prevención y atención en su capacidad de tratar factores estructurales como las diferencias sociales y las particularidades biopsicosociales.

A partir de las investigaciones y experiencias expuestas queda en evidencia que existen una serie de percepciones y prácticas alimentarias relacionadas con el embarazo que vienen de una transmisión de saberes culturales, sin embargo, se debe de tomar en cuenta la situación de salud actual, en donde existe una alta prevalencia de sobrepeso y obesidad en mujeres en edad reproductiva, nuevas prácticas alimentarias alentadas por la industria y los medios de comunicación, tendencia a una normalidad dietética por parte de la medicina institucional, con especial interés en alimentos “saludables” que inciden en los gustos y la selección de alimentos. Si pensamos esto en el contexto social y cultural de una mujer embarazada que, además, tiene impuesta una “responsabilidad” de cuidadora y procuradora de la salud de sus hijos, y muchas veces es víctima de una inequidad de género, las representaciones, significados y percepciones que forme alrededor de la comida y de las prácticas alimentarias promovidas por la medicina institucional pueden implicar riesgos a su salud.

Ya ha sido planteada la relevancia de incorporar los saberes tradicionales al desarrollo de la orientación alimentaria, pero se debe determinar cómo viven las

mujeres su embarazo, como perciben y le dan significado a las prácticas alimentarias con el fin de desarrollar programas educativos orientados al desarrollo de profesionales de la salud capaces de transmitir información pertinente y de mayor impacto, así como de desarrollar actividades diversas, no solo encaminadas a la orientación alimentaria.

Como Pérez-Gil (2000) lo propone, se debe analizar bajo qué supuestos ontológicos, epistemológicos y metodológicos se abordan los problemas de alimentación-nutrición en la medicina institucional. El supuesto ontológico que ella propone es que existe una realidad social independientemente de los individuos. Nos dice que el género y la cultura expresan diferencias entre grupos por lo que su uso como categorías de análisis sería de particular utilidad y que por medio de la investigación cualitativa se puede abarcar el cambio de las motivaciones profundas de la cultura en la que los estudios alimentarios y nutricionales puedan aportar conocimientos más allá del análisis de relaciones causales, se necesita una nueva etapa de desarrollo teórico y aplicativo en el campo de la alimentación y nutrición de las mujeres.

Los profesionales de la salud al brindar recomendaciones alimentarias pretenden intervenir en aspectos de la vida cotidiana que han sido estructurados a lo largo de los años, que forman parte de una identidad y de una respuesta social determinada. Rivera (2007) plantea que además del conocimiento de los principios básicos de la educación nutricional es necesario el estudio profundo de las personas en todas sus manifestaciones que guardan relación con la alimentación, la educación alimentaria debe cumplir una función social (Rivera, 2007).

La orientación alimentaria no cambia los orígenes estructurales del proceso alimentación-nutrición, sin embargo al buscar fortalecer acciones colectivas, teniendo una visión amplia de lo que representa “el comer” y con una visión de género y derecho al acceso a una alimentación sana se puede promover un esfuerzo masivo por impulsar prácticas saludables e informar, hacer visible con la educación, las contradicciones que existen en torno a la publicidad que genera la cultura de consumo y que van definiendo estilos de vida que perjudican la salud.

Contreras y Gracia (2005) afirman que las prácticas sociales evolucionan y se transforman. Existe un espacio de libertad que permite adaptar**,** modificar y hacer evolucionarlas. Definen a la *sociabilidad* como la posibilidad de redirigir el modo en que los individuos interaccionan e interpretan, en un contexto dado, las reglas impuestas por la *sociedad* (impacto cristalizado sobre los individuos de los modelos culturales mayoritarios y de una visión del mundo). Es un proceso interactivo en que los individuos eligen la forma de comunicación y son capaces de mostrar voluntad de reproducción social ante determinadas coyunturas.

El estudio de la cultura interesa para la promoción de la salud, la UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) se refiere a la sensibilidad cultural, incluyendo aspectos de género, como una herramienta para el personal encargado de brindar recomendaciones con el fin de que ellos logren ofrecer atención en circunstancias culturales aceptables, considerando a las personas en su contexto social y no como individuos ya que el desarrollo depende de la calidad de las relaciones sociales incorporadas a la cultura de cada persona, ellos deben

de asumir funciones de facilitación basados en los siguientes datos mencionados en el cuadro 13:

Cuadro 13 UNFPA: Datos Útiles Para La Programación Con Sensibilidad Cultural

UNFPA: Datos Útiles Para La Programación Con Sensibilidad Cultural	
• Invertir tiempo en conocer la cultura dentro de la cual se está operando. • Escuchar lo que tenga que decir la comunidad. • Demostrar respeto. • Hacer gala de paciencia. • Obtener el apoyo de las estructuras de poder locales. • Procurar una amplia inclusión. • Proporcionar sólidas pruebas • Apoyarse en la objetividad de la ciencia. • Evitar emitir juicios de valor. • Utilizar el lenguaje con sensibilidad. • Operar por conducto de aliados locales. • Cultivar las alianzas. .Celebrar los éxitos.	• No cejar nunca en el esfuerzo. Asumir funciones de facilitación. • Dar cumplimiento a los compromisos. • Conocer a los adversarios. • Encontrar terreno común. • Acentuar los aspectos positivos. • Aprovechar las tareas de promoción para lograr cambios. • Crear oportunidades para la mujer. • Fomentar la capacidad de la comunidad. • Llegar al público por conducto de la cultura popular. • Dar lugar a que la gente haga lo que sabe hacer mejor.

Fuente: UNFPA. 2004.

Capítulo 3. Resultados.

3.1. Características de las Mujeres Entrevistadas

Se realizaron en total 41 entrevistas (durante la 2° etapa de trabajo de campo formal) a mujeres embarazadas que asisten a control prenatal las cuales se analizan a continuación y se resumen los cuadros del 14 al 18.

El 59% (25n) de las mujeres entrevistadas cursaban su primer embarazo, el 56% (23n) refirieron dedicarse al hogar, de estas mujeres el 27% (11n) dejaron de trabajar a raíz de su embarazo y el 17%(7n) dejaron de estudiar. El 12%(5n), todas adolescentes, refirieron quedarse en su casa y no tener ninguna ocupación.

El 39% (16n) de los hogares son integrados, es decir que las mujeres viven con su pareja/hijos y además con suegros, padres y/o algún otro familiar, el 44%(18n) viven con su pareja (incluyendo las que ya tienen hijos) y el 17%(7n) viven con sus padres (sin pareja).

El 59 %(24n) de las mujeres al momento de la entrevista se encontraban en su 3° trimestre (7 a 9 meses de embarazo), únicamente 3 se encontraban en los primeros 3 meses. 4 de cada 10 mujeres entrevistadas fueron adolescentes.

Cuadro 14 Número de embarazos de mujeres entrevistadas.

Primer embarazo	24
Segundo Embarazo	11
Tercer embarazo	3

Cuarto embarazo	3

Fuente: Trabajo de Campo de octubre a diciembre 2012.

Cuadro 15 Ocupación referida por mujeres entrevistadas.

Trabaja	5
Estudia	1
Hogar/Ama de Casa	23
Nada(se queda en casa)	5
Estudiaba	7
Trabajaba*	11

***Ocupaciones referidas fuera del hogar: Camarista, vendedora de flores, mesera, limpieza, vendedora en una tienda de abarrotes.**

Fuente: Trabajo de Campo de octubre a diciembre 2012.

Cuadro 16 Composición del hogar de mujeres entrevistadas

Vive con pareja/hijos	18
Vive con sus padres	7
Vive con su pareja y familia de ella	9
Vive con su pareja y familia de él	7

Fuente: Trabajo de Campo de octubre a diciembre 2012.

Cuadro 17 Trimestre del embarazo al momento de la entrevista

1° trimestre	3
2° trimestre	14
3° trimestre	24

Fuente: Trabajo de Campo de octubre a diciembre 2012.

Cuadro 18 Rango de edades de las mujeres entrevistadas

Rango de edad	No. De mujeres entrevistadas
<20 años	15
20 a 30 años	24
>30 años	2

Fuente: Trabajo de Campo octubre a diciembre del 2012.

3.2 Recomendaciones alimentarias referidas por las mujeres entrevistadas.

En este primer apartado, se analizan los mensajes sobre alimentación que las mujeres entrevistadas dicen recibir, su procedencia y contenido con el fin de identificar las diversas fuentes de información sobre lo que hay que comer en el embarazo. La forma en que una mujer embarazada organice la información sobre lo bueno y malo para comer a partir de las recomendaciones médicas dependerá de los eventos experimentados tanto en un pasado reciente como en un pasado remoto, en donde los padecimientos, experiencias propias y/o cercanas así como las relaciones sociales establecidas determinarán el poder que le otorguen a las recomendaciones médicas.

Los médicos son los primeros en ser mencionados como referencias.

"Bueno a mí, mi doctor me ha dicho que tengo que comer, pues ***frutas y verduras****…* ***no debo de comer muchas cosas que engorden porque a veces engordar en el embarazo hace daño porque luego se complica el parto, o lo que sea****, y que luego supuestamente* ***a los bebés no les gusta estar pues muy gordos****, y que tengo que comer muchas frutas y verduras…"*

M6 -18años-5meses-1emb-casa-trabajaba-pareja

Una de ellas menciona lo que dice haber aprendido en la escuela aunque refiere que todo se olvida y es difícil recordarlo, otra de ellas dice como referencia a "comer bien" el **Plato del Buen Comer.** *(El Plato del Buen Comer, una guía de alimentación para México, forma parte de la Norma Oficial Mexicana para la promoción y educación para la salud en materia alimentaria, la cual da los criterios para la orientación alimentaria. NOM-043-SSA2-2005.)*

Ah pues mira, este, ***cuando eres estudiante pues te explican todo de manera general, pero cuando ya vives un embarazo es sumamente diferente****,* ***porque todo se te olvida y todo lo que aprendías en la escuela, bueno por lo menos yo, se me olvida,*** *como… pues, los primeros meses me dijeron que tenía que comer* ***muchas frutas y verduras, fibra*** *para que no se alentara mi digestión… todo eso lo sigo, pollo, de* ***todas las comidas, bueno… pero en medidas, este****…*

M25. -24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

*E: ¿para ti comer bien qué es?:M33. : P****ues en si mezclar todo, como el Plato del Bien Comer****, comer no se frijoles, lentejas hasta llegar a comer carne roja pero también no abusando.*

M33. -19años-7meses-1emb-nada (trabajaba)-papás-hermano-esposo

Una mujer asiste con el **bariatra,** ella es capaz de asignar ciertos nutrimentos a determinados alimentos según lo que él le indicó comer, sin embargo refiere no recordar bien todas las indicaciones.

Pues bueno yo todo mi embarazo me lo llevo un bariatra, este… y me recetó… bueno a parte de ***las pastillas que traen ácido fólico, calcio*** *y todo eso él en la alimentación me mandaba también las vitaminas… entonces por ejemplo, indispensable tomar* ***agua los 2 litros diarios, para el calcio me mandaba comer muchos nopales,*** *este… para bueno es que me explicaba por ejemplo me mandaba un día pescado y me decía que era para él* ***omega 3*** *que es para el desarrollo del cerebro del bebé… me decía chuletas de cerdo porque ese contenía no se qué* ***vitamina, si la D o la*** *K, este, el apio, los champiñones y el chayote para el* ***ácido fólico****, entonces como que me complementaba la alimentación con las pastillas, la verdad ahorita no recuerdo para que era cada cosa, pero todo el embarazo llevé la dieta…*

M2 -28años-8meses-1emb-trabajaba-esposo-papás-hermanos

Pues hay que cuidar mucho la alimentación porque también el bebé tiene que recibir los nutrientes que necesita entonces pues ***comer proteínas****, también tomar el ácido fólico, el sulfato ferroso que son básicos para que se desarrolle bien el bebé y* ***pues cuidar como la alimentación para no subir tanto de peso, no tener diabetes gestacional y todo eso…***

M35. -23años-6meses-1emb-estudiante-papás

3.2.1 Recomendaciones de los médicos(as).

Cuando a las mujeres se les preguntó específicamente que recomendaciones sobre la alimentación les había brindado el médico(a) las respuestas que dieron se agrupan en el cuadro 19.

Cuadro 19 . Recomendaciones de los médicos(as) referidas por las mujeres entrevistadas

"controlar el peso, comer frutas, verduras, tomar agua, comer pollo, carne, pescado, sardinas, pan integral, frutas y verduras con cáscara, jugos con combinaciones específicas, el uso de un complemento alimenticio y de suplementos alimenticios".

Fuente: Trabajo de Campo de octubre a diciembre 2012.

Coincidían en tomar agua, comer frutas y verduras y controlar el peso.

Se mencionaron algunas particularidades dichas por ellos como tomar jugos con determinadas combinaciones de frutas y verduras, comer las frutas y verduras con cáscara o crudas, comer pan pero integral, tener un horario, tener un orden específico en el consumo de los alimentos, hacer 3 o 4 comidas y colaciones compuestas por frutas y verduras.

***…que por ejemplo la fruta va primero**, media hora antes de la comida y después la carne, las verduras y al final la pasta que sería la sopa, para este, para los nutrientes y para que la pasta, bueno más bien, para que la carne… tu **lengua… o sea todas esas… ay no sé cómo se le llama… las bolitas, todo lo que se ve…. he agarren bien los nutrientes**.*

M4-17años-6meses-1emb-estudiaba-esposo-familia-abuelos

Los mensajes médicos no suelen ser los mismos. Esta el caso de los suplementos. Una mujer menciona que el bariatra le recomendó no consumir pastillas ya que es mejor obtener los nutrimentos de los alimentos a lo que llama

de una forma “natural”, contrasta con que a todas las demás mujeres si se les recomienda el consumo de estas “pastillas” (ácido fólico y hierro, principalmente).

Solo 6 mujeres dijeron que el personal médico no les había brindado ninguna recomendación, M28 primero dice que no le dio ninguna recomendación pero inmediatamente después dice que nada más le dijo que tomara agua y comiera frutas y verduras.

“No me ha dicho nada, nada más que siga consumiendo mucha agua, este más verdura o fruta más que nada porque yo no soy frutera pero ahora sí, entonces, nada más eso…”

M28. -30años-7meses-4emb-casa-esposo-hijos

Los médicos frecuentemente les mencionan que deben de comer *normal*, sobre todo cuando no hay un padecimiento o problema de salud específico con las embarazadas, aunque si se encontró el caso de M26 que a pesar de haber sido diagnosticada con una *leve anemia* no se le dio alguna recomendación en específico.

“que coma normal” “”que *coma bien” “que coma lo que* ***quiera porque el embarazo va bien”*** *“de todo*”. *…* ***en este embarazo dicen que voy bien, que no hay problema con la alimentación, que puedo comer lo que quiera…***

M21-23años-5meses-3emb-hogar-esposo-hijas

M26. : ***tengo anemia por lo que me dijeron pero*** *leve… E: - ¿te recomendaron algún alimento?: M26. : No, me dijeron que no tenía dietas, que podía seguir comiendo lo normal…*

M26. -18años-8meses-1emb-hogar-estudiaba-esposo

Las que mencionan que el médico les dice "**lo mismo**" que ellas ya sabían, se refieren a *tomar agua, no abusar del pan y de la tortilla, comer frutas, verduras, pescado, atún y sardinas y evitar sal, irritantes, picantes y embutidos.* Todos estos saberes médicos ya incorporados en las creencias respecto a lo que consiste una sana alimentación.

"... la doctora si me, de esta última consulta me dijo, si no quieres que se te hinchen los pies, ya no comas sal, pero ***es que es lo único que te dice****,* ***o sea, ya todo mundo sabe que no puede comer sal durante el embarazo, pero pues este o sea no te da otras alternativas*** *para que tu sigas comiendo sal y al mismo tiempo pues puedas tomar otra cosa para que no se te hinchen los pies, eso no te lo dicen, entonces pues…*

M25. -24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

Igual lo mismo, que debo de comer verduras, frutas, tomar mucha agua…

M30. -35años-8meses-4emb-trabaja (vendeM40es) -esposo-hijas

Los médicos les mencionan recomendaciones tanto ligadas a la alimentación en el embarazo como a una dieta sana en general. Las más ligadas al embarazo se refieren al picante, irritantes y a comer pescado.

Las recomendaciones médicas se pueden dividir en dos rubros, lo que recomiendan comer y lo que sugiere evitar mostrado en la Cuadro 20.

Cuadro 20. Lo que los médicos recomiendan comer y evitar durante el embarazo.

Lo que ellas refieren que el personal médico les mencionó no comer o evitar o comer menos fue:
•Refrescos, pastillas (porque no son naturales), sodio, cosas que engorden, no mal pasarse (comer a sus horas, desayunar, comer y cenar), sal, azúcar, plátano (retiene líquidos) no pan ni tortillas, no mucha grasa, ni huevo (por el colesterol), una tortilla y un pan al día, no abusar del pan dulce y de la tortilla, evitar irritantes, picante, prohíbe el chile, salsa, irritantes, café, leche entera (porque su presión es baja), no alimentos que inflaman como la tortilla, harina y pan.
Lo que ellas refieren que el personal médico les mencionó comer o comer más fue:
•Jugos y verduras crudas (combinaciones químicas), ensaladas verdes, comer 3-4 veces al día (dos comidas y las demás frutas y verduras), comer a sus horas, comer primero la fruta, luego la carne, luego la verdura y al último la pasta (para que agarren bien los nutrientes), pescado, 3 comidas más colación, carne, verdura, fruta, agua, ácido fólico, fruta y verdura (porque alimentan al bebé) , pescado (para el hierro), plátano (para evitar calambres), leguminosas, granos, pollo, carnes rojas, proteína, atún, sardinas, fibra, comer antes de las 8:00, tomar complemento alimenticio, vitaminas, pastillas, pan integral, frutas y verduras con cáscara.

Fuente: Trabajo de Campo de octubre a diciembre 2012.

3.2.2 Recomendaciones de familiares y amigos(as).

Por generaciones, las mujeres han transmitido ciertos conocimientos basados en creencias tradicionales, mezcladas con las médicas de la época y con experiencias propias acerca de los cuidados en alimentación que se deben tener en el embarazo.

Aunque las recomendaciones van enfocadas específicamente a las mujeres existen diferentes actores que influyen en las decisiones alimentarias; los que aportan el dinero para comprar alimentos, los que los compran, los que preparan y

los que comen en la casa, los que acompañan o en el caso de que no se coma en casa, de los lugares y compañía a la hora de comer.

Es relevante analizar el papel que tiene cada miembro del hogar y las recomendaciones que cada uno da a las embarazadas.

-**Madres:** 22 mujeres dijeron que su mamá les había dado alguna recomendación. Dentro de los consejos que dieron las mamás se encuentran los mencionados en el cuadro 21.

Cuadro 21 Recomendaciones de las mamás.

No comer mucha sal.	No tomar refresco y no comer chile y sal.	Tomar líquidos.	Que coma una comida "balanceada" para que el bebé no nazca gordito.
Tomar muchos atoles.	Comer verduras.	No *mal pasarse*.	Permanecer activa.
Comer bien.	Comer de todo, comer mucho "todo lo que puedas para que el bebé nazca bien"	No comer mucho.	Comer lo normal.
No comer picante porque los niños nacen con puntitos rojos.			

Fuente: Trabajo de Campo de octubre a diciembre 2012.

Las madres tienen incidencia en la preparación y ofrecimiento de alimentos, algunas mujeres dicen que sus madres les llevan comida, verdura, leche, que les dan mucho de comer o cuando no viven con ellas a veces les preparan los alimentos que ellas piden.

A diferencia de las recomendaciones de los médicos aquí destacan mensajes como: "***tomar muchos atoles, "todo lo que puedas para que el bebé nazca bien", "no comer picante porque los niños nacen con puntitos rojos".***

-Pareja: 23 mujeres mencionan a su esposo, novio o pareja como emisor de recomendaciones. Las recomendaciones de ellos se pueden observar en tres líneas, de "guías" "vigilantes" o "consentidores";

La primera es la de "**guías"** *decirles que hacer o decirles que hagan lo que otros les recomiendan:*

> *Me dice que: …"Que no coma sal, que me cuide, que no coma cosas que engorden, comer no lo que haya sino comida sana, que tome agua, que no coma azúcar**, me repite lo que me dice mi mamá**, que coma más, que coma bien, que coma a fuerza, me dice que coma, me dice que como mucho".*

La segunda de "vigilantes", es no sólo decirles que comer, sino **regañarlas e incluso esconderles alimentos** que no son recomendados y/o comprarles aquellos considerados adecuados.

"Mi esposo también toma mucha agua entonces pues más que nada ***a la hora de la comida no puedo sacar el refresco porque si no ya me regaña,*** *entonces pues agua, aunque sea de sabor pero pues ya…* ***la sal también me la retiran****, cuando estamos comiendo pues bajita la mano me la quita, y la fruta pues sí, compran fruta y todos nos convidamos de la misma fruta…*

M10. -29años-9meses-2emb-hogar-esposo-niña

Igual me compra fruta*, bueno es que me* ***dijeron que también cuando tenga hambre me coma una fruta, en vez de un chocolate o algo así una fruta…***

M11-17años-6meses-2emb-en mi casa nada más-estudiaba enfermería-pareja-suegros

-E: ¿Tu esposo que te dice? M19. : ***Él es él que luego me regaña*** *"es que come bien que esto, que lo otro"… porque luego ando lavando, colgando esto, me dice "no ya no laves."*

M19-16años-7meses-1emb-estudió (prepa)-esposo-mamá-hermano

Como me gusta mucho la sal, siempre me la anda escondiendo*: "¡no comas sal! "¡No puedes comer sal!" O este también la tortilla me vigila mucho "ya no te pases de tortilla ¡eh!" Y en la noche si tengo hambre "una y ya".* ***Si está muy al pendiente porque*** *pues como ahorita llevo el embarazo bien más o menos* ***no quiere que me vaya a hinchar o me vaya a pasar*** *otra cosa…*

M38. -30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

Y la tercera es complacerlas, **"consentirlas",** llevarles "antojos". Cabe destacar que sus parejas hacen diferencia entre lo que son recomendaciones médicas

(alimentos buenos y malos) y antojos; los primeros los “esconden” y los segundos “los complacen.”

A pues el (esposo) feliz, gracias a Dios, no ***él me dice come lo que quieras, si te llenas come, si quieres más, pide, no te quedes con el hambre y yo bueno, sí;*** *no me dice “te* ***vas a poner gorda” (risas) pues si ni modo****.*

M14. -17años-7meses-1emb-casa-pareja-suegro

Mi esposo él si dice que me alimente, si me compra, por ejemplo, en un principio sabía que lo que quería mucho eran las cerezas, ***iba y me compraba un kilo de cerezas y si siempre me ha apoyado en los antojos que yo quiera y luego este de que: “¿quieres pan****?” También de repente de que quiero pan y me traía a cada rato y luego… creo que mi quinto mes, sexto mes subí así 3 kilos así en un mes y nos dijo el doctor: “¡no! Le entraste mucho al pan” ahora él dijo****:*** ***“no ya no te compro pan” ya me compra una gelatina un yogurt otras cosas.***

M17. -30años-7meses-1emb-trabaja-pareja

Mi esposo si me… se me antoja mucho el Chocotorro, como trabaja en un bar luego llega de madrugada y ***si me lleva que el Chocotorro o me lleva tacos; mi mamá se enoja,*** *dice (mamá) “no que ya son las 2, 3 de la mañana y tu estas comiendo eso, luego veo que te trae longaniza y no sé qué tanto y luego… tú y tus chocotorros”; porque eso sí,* ***luego me hecho como 5 al día****… es que luego llega y le digo ¿no me trajiste algo? Tengo harta hambre, entonces al otro día ya llega y (esposo):”mira lo que te traje”* ***Ay hoy no se me antojó pero bueno me los como…***

M39. -25años-2emb-7meses-ama de casa (mesera)-papás-esposo-hermanos

… mi esposo también (esposo) te traje esto, te traje lo otro" aunque ***él ya sabe lo que me gusta, ellos saben que me gusta…*** *de todo lo que a mí me gusta porque hay frutas que casi no se dan como las granadas y me llevan lo que ven…*

M40. -27años-7meses-2emb-amadecasa-esposo-hijo

-Abuelas: 7 mujeres mencionaron a la abuelita, las abuelitas dieron recomendaciones como:

No comer irritantes, no sal, ***no tomar tés (las hierbas pueden hacer que el bebé se salga antes),*** *tomar agua, fruta, caminar,* ***no dormir mucho porque el bebé se pega****, no cargar cosas pesadas, comer pollo y verduras.*

En las recomendaciones de las abuelas sobresalen aspectos como el de los tés y los cuidados físicos "no cargar cosas pesadas", recomendaciones no antes mencionadas.

-Suegra. Otro actor destacado en dar recomendaciones fue la suegra. 9 mujeres refieren recomendaciones de sus suegras, dentro de las que están:

"Que me cuide, que coma a mis horas, ***que le échale ganas porque es pesado, que coma aunque no me guste****, te hace bien esto…que debo comer, que tome* ***atoles****."*

-E: ¿qué te dice tu suegra? M40. : **ella siempre quiere que coma… a ella le gustan mucho los mariscos, compra filete de pescado**, a veces ella me hace, compra sus lechugas, me hace ensaladas, **que tengo que comer más espinaca o todo eso (hace muecas) E**: ¿te gusta? M40. : No…E: ¿te lo comes? M40. : **Si aunque no me guste**…

M40. -27años-7meses-2emb-amadecasa-esposo-hijo

Cuando no mencionan a la mamá, suegra, abuela o pareja… se refieren a su padre, patrona, vecinas o gente del trabajo. Dos embarazadas mencionan a su papá como emisor de recomendaciones.

*Yo me paso como quién dice el mayor tiempo con **mi papá jubilado,** el hace de comer, hacemos de comer los dos, pero el cuida mucho por ejemplo de no ponerle tanta sal a las cosas, como que no mas la pizquita para que le de sabor para que no me hinche y de hecho no estoy tan hinchada (me muestra su pierna) entonces este… ya él dice, **si los demás quieren con sal pónganla en su plato porque M2 no puede comer sal, están al pendiente de que tome mis dos litros de agua entonces sí , si me han apoyado mucho todos.***

M2 -28años-8meses-1emb-trabajaba-esposo-papás-hermanos

Él lo único que me dice (papá) es que coma pero bien, porque en los primeros meses no se me antojaba nada, no quería comer por lo mismo, las náuseas, vómito, pues yo tenía que seguir comiendo normal.

M13. -21años-8meses-3emb-hogar-padre

-Patrona: Dos mujeres hablan de su patrona como la persona cercana a ellas quien les da recomendaciones sobre alimentación o quien les brinda apoyo referente a la forma de alimentarse; M3, trabajó desde muy chica y su patrona ha sido quién la ha cuidado; para M18, quién todavía trabaja en casa de su patrona, es ella quién le hace comida y la cuida de que no haga trabajos pesados.

*Entonces ella me decía (patrona), este como yo estaba chiquita, tenía entre 15, 16 años entonces cuando entre tenía 14 años cuando entre a trabajar, **entonces era así como su hija,** o sea procuraba que no comiera mucha grasa, que comiera bien o que no me malpasara… o sea siempre estaba ahí… Y así era que me decía… trabajaba en un restaurante… si y como ella tenía un hijo que estaba así bien gordito… si lo estaba llevando a una dieta, si ya lo estaba llevando con*

un nutriólogo y era que me decía para que no me enfermara, porque le dije lo que me había pasado y si por eso fue que empecé a comer más verduras porque primero no me gustaba…

M3. -26años-5meses-2emb0-hogar-esposo-hijo

Me dice que **el pollo, la verdura, ensaladas**…que me cuide de hecho ella es la que me dice: esto ya no lo hagas, como tengo que andar subiendo, me dice ya no, porque así como estas pues ya no se puede, ahora sí **que no es el mismo trabajo como antes**…

M18. -26años-7meses-1emb-trabaja (limpieza)-hermana

-Otras mujeres: La cuestión de la experiencia y el ejemplo resulta relevante, en repetidas ocasiones las embarazadas se refirieron a mujeres que ya habían tenido más de un embarazo, muchas veces sus hermanas, cuñadas o "señoras" cercanas a ellas como quiénes les daban recomendaciones en base a sus experiencias; sin embrago cuando se percibe que las personas cercanas no tiene hábitos saludables no se les piden consejos, incluso una de ellas quién está lejos de su familia, refiere no preguntarles mucho a vecinos y personas del trabajo porque ellos "comen muy mal", comer mal para M17 de 30 años es comer comida chatarra.

"Si lo que dice la comadre la vecina… mmm es ***que casi no les pregunto mucho porque también la mayoría de ellos como que si mal comen, le entran mucho a los refrescos y al café y al pan, como voy a seguir sus consejos si veo que lo que consumen y mucha chatarra y eso".***

M17. -30años-7meses-1emb-trabaja-pareja

En contraste, cuando se trata de las hermanas, cuñadas o conocidas que ya han tenido hijos se refieren a ellas porque ya tuvieron experiencia y eso implica saber más.

Igual ***me regaña, porque no, luego que ando así cargando las cosas o luego que estas así en una mala posición que no se qué, como ya tiene ella a su primer bebé (hermana) ya sabe más…*** *"no pues come* ***cosas saludables, no son así cosas grasas, lo que es de la calle es lo que no"…***

M18. -26años-7meses-1emb-trabaja (limpieza)-hermana

Pues mi hermana también, ***también está embarazada, pues igual como ella ya es el segundo embarazo, ella sabe más como cuidarse".***

M35. -23años-6meses-1emb-estudiante-papás

"…pues las señoras no, ***todas come bien, toma leche , si no te gusta le leche pues el queso u otra cosa,*** *cuídate o "x" cosas, las vecinas, las tías o cualquier otra, más que nada porque ellas sufren los dolores ya ahorita después de tantos hijos que tuvieron pues ellas son las que sufren eso ya no el bebé pero casi* ***el doctor se basa que debes de tener una buena alimentación por el bebé****… no ya que les duele la espalda, o la cintura o las piernas o que les dio diabetes o cualquier cosa pues ellas son más que nada las que te dicen".*

M10. -29años-9meses-2emb-hogar-esposo-niña

3.2.3 Recomendaciones de los medios de comunicación.

Las mujeres refirieron recibir información de los medios de comunicación como televisión, internet, revistas y libros, dicha información influye en las percepciones sobre alimentación y también va configurando nuevas creencias en torno a la alimentación.

23 mujeres dijeron haber buscado información sobre alimentación durante el embarazo en algún medio de comunicación.

La televisión fue referida por 6 embarazadas, ellas dijeron escuchar en la tele las siguientes recomendaciones, las cuales ya incluyen consejos sobre lactancia, aspecto no antes mencionado.

Cuándo y cuánta leche dar el bebé.	*Comer muchas vitaminas.*
No dar chocolate hasta después del año.	*Alimentarse bien.*
Recetas de cocina.	*Comer pescado.*

Se mencionan dos programas específicos en donde dicen haber escuchado recomendaciones ya sea directamente del embarazo o sobre la importancia de una buena alimentación: "*Venga la Alegría*" y *"¿Qué edad tiene tu Cuerpo?"*

También en la tele vez que pasan, Venga la Alegría y todo eso y también pasan, bueno en el Sky pasan igual para alimentarte bien y todo eso… ***pues comer pescado y nada más…***

M11-17años-6meses-2emb-en mi casa nada más-estudiaba enfermería-pareja-suegros

Vi un programa en el canal once que *dice, "¿Qué edad tiene tu cuerpo?" y cuando pasan días como semanas que no coman grasa y todo eso y rejuvenecen su cuerpo,* ***entonces imagínate 9 meses que todos comiéramos como embarazadas pues estaríamos súper bien, no tendríamos tantos padecimientos.***

M16-27años-6meses-1emb-desempleada-trabajaporsucuenta-papás

El grado de confiabilidad que se tiene de lo mencionado en la televisión no es el mismo que el que se tiene a las otras fuentes de información según lo menciona M8 de 23 años.

Por ejemplo el nopal que es mucha fibra y ***si la doctora me dice que es bueno*** *y luego* ***oigo en la tele que complementan*** *pintándolo más bonito, pues se trata así como que de más…* ***pero así como que de dejarme guiar exclusivamente de un medio de comunicación pues no.***

M8. -23años-6meses-1emabarzo-amade casa-dejó de trabajar

Dos mujeres se refirieron a la radio que a diferencia de la televisión, muestra tener un mayor grado de confiabilidad. Una de ellas escuchando un programa de radio empieza su interés por seguir determinado régimen de alimentación, decide seguir a la doctora que entrevistan e ir a una de sus conferencias. La otra refiere llevar 10 años escuchando un programa en donde se dan recomendaciones sobre alimentación.

Pues todo empezó porque nosotros ***somos radioescuchas de radio educación y una vez ahí salió la doctora y daba conferencias entonces fuimos a una conferencia que las da en Centro Médico siglo XX y la conocimos entones ella, así empezó nuestro interés, ¿no?***

M2 -28años-8meses-1emb-trabajaba-esposo-papás-hermanos

E: ¿Buscas información de alimentación? …M31. : ***En el radio con Shaya Michan… ya tengo diez años…***

M31. -29años-8meses-2emb-amadecasa-esposo-hija

En el caso de M2 se destaca que toda la familia parece estar involucrada de cierta forma las recomendaciones que da la doctora.

Shaya Michan, mencionado por M31 de 29 años, es reconocido como un Gurú (guía espiritual o maestro/persona respetada y seguida en una comunidad) según su sitio web. Su programa de radio “La Luz del Naturismo” se transmite de lunes a sábado de 8:00 a 10:00 am en la Ciudad de México. Sus recomendaciones se basan en la Herbolaria (ciencia que se refiere al uso de plantas como recurso terapéutico para prevenir o tratar enfermedades), en su sitio web refiere tener una experiencia mayor a 50 años.

En el programa habla de temas como salud, nutrición, veganismo, proporciona tips de alimentación y remedios naturales para aliviar malestares, vende también suplementos alimenticios y aparatos para estimular al cuerpo. Su filosofía es *“curar sin dañar*” promueve el vegetarianismo “*necesitamos dejar de comer carne; consuma frutas y verduras”* consumo de jugos, ensaladas y guisos veganos, lo que M2 menciona intentar hacer.

M11 de 17 años habla del programa “Venga la Alegría”; en su página de internet se define *como “un divertido programa de revista matutina es un programa diseñado para llevar diversión a la familia mexicana, de manera desenfadada y sencilla.”* El programa se transmite por una de las principales televisoras de México de lunes a viernes a las 9:00 de la mañana, este contiene varias secciones entre las que se encuentran cápsulas con tips sobre nutrición, en donde también se atribuyen propiedades curativas a los alimentos, además tiene una sección de cocina en donde en ocasiones también se dan recetas saludables.

"Recuerda que somos lo que comemos"

Venga la Alegría

¿Qué edad tiene tu cuerpo? M16, mencionó haber visto este programa inglés de la BBC, aquí pasan casos de personas que llevan estilos de vida poco saludables, que fuman, toman en exceso y comen comida chatarra. Se les hace lo que llaman "Una Autopsia en Vida" en donde por medio de imágenes animadas le muestran al participante que tan afectados están sus órganos como consecuencia del estilo de vida que llevan y les dicen la edad de éstos; les asignan un médico que los acompañará las 24 horas del día y les dará recomendaciones, una vez hacho esto, mencionan en uno de sus programas *"será responsabilidad de Emma cambiar su futuro".*

Las revistas o los libros también fueron mencionadas por 10 mujeres, en las revistas dijeron leer recomendaciones sobre riesgos del consumo de café y leer recetas de cocina. Las revistas muchas veces contienen artículos escritos por

médicos o nutriólogos, esto les da cierto grado de confiabilidad, incluso a través de esta información las mujeres desmienten a los saberes tradicionales.

"Padres e Hijos" y este, en otra que se llama "Mi Bebé"… pues si, a mi ***me encanta el*** *café, entonces me habían dicho que no es bueno tomar café, pero* ***una nutrióloga también de la revista decía que era bueno tomar una taza para embarazada,*** *de los frutos rojos que tiene las uvas, el arándano, este también de semillas, ¿no? Que otra cosa… y… pues si nada más, en esas nada más venía eso.*

M4 -17años-6meses-1emb-estudiaba-esposo-familia-abuelos

pues que hay que cuidar la alimentación, sobre todo ***desmienten muchas cosas como eso de que hay que come por dos,*** *que hay que comer mucho, que si no come uno esto, va a salir el niño con cara de refresco, cosas así…*

M34. -28años-3meses-2emb.hogar-esposo-hijo

Los libros aparecen como referencias a recetas de cocina y de información que ya no recuerdan. Una mujer menciona que su madre y su madrina le regalaron dos libros y ella refiere haber comprado algunos otros, otra de ellas dice haber leído un libro en su primer embarazo, pero ya no recuerda lo que ahí se mencionaba.

Pues he leído libros… no me acuerdo *porque los leía en el primero hace más de 5 años…*

M21-23años-5meses-3emb-hogar-esposo-hijas

Son mencionados en dos ocasiones los folletos repartidos en hospitales particulares (algunas mencionan asistir a estos hospitales a revisión y al centro de salud van por vacunas o para esperar su pase para el hospital de maternidad) en donde dicen encontrar links de páginas web e información sobre que alimentos comer dependiendo de la semana de embarazo en la que se esté, una de ellas menciona asistir a una plática en el seguro social y cree que deberían dar más pláticas para madres primerizas en el centro de atención primaria ya que para ella la información recibida fue buena.

Mira es que en el otro embarazo me dieron una plática en el Seguro, entonces ahí si te dan pláticas y aquí no, ***aquí lo que falta es que les den platicas a la, a la gente para que sepan*** *porque cuando eres primeriza…*

M31. -29años-8meses-2emb-amadecasa-esposo-hija

La industria alimentaria, muchas veces es la emisora de recomendaciones que van ligadas al consumo de sus productos. Una embarazada menciona como fuente de información el volante de una barrita que reparten en la calle.

Internet también aparece como una fuente de información - 6 mujeres lo mencionaron- el internet funciona como un medio en donde ellas pueden buscar información específica; mencionan sitios en donde explican a las embarazadas como se va desarrollando su bebé semana a semana, que alimentos son importantes en cada etapa, así como recomendaciones para una vez que nazca el bebé, que alimentos darles y cuáles evitar. Para una de ellas suele ser un medio más barato que los libros y las revistas. Incluso suele ser durante el embarazo la primera vez en que se busca información sobre nutrición.

Leo los artículos por internet, ***es más barato que estar comprando libros…***

M16-27años-6meses-1emb-desempleada-trabajaporsucuenta-papás

Si ***en internet de repente estás*** *viendo, no pero si, hasta eso si dice…* ***pues lo mismo, que comas frutas y verduras que te va a dar vómito****, que te va a dar esto…* ***hasta que te embarazas ya buscas…***

M14. -17años-7meses-1emb-casa-pareja-suegro

"Estoy inscrita a una página de internet que te pasan semanalmente que debes de comer, que debes de hacer ejercicio… *Bebe Mundo, algo así, te mandan al correo electrónico cada semana como va creciendo el bebé. Además me meto a ver videos de semana a semana como va creciendo y desarrollándose el bebé y los consejos que te dan, los tips, los ejercicio y todo eso".*

M16-27años-6meses-1emb-desempleada-trabajaporsucuenta-papás

En internet me llego a meter *y por ejemplo* ***ahí descubrí que la semillitas****, porque comía pepino con limoncito y sal y las* ***semillas me inflamaban*** *y yo no sabía… ya ahí vi que necesito quitarle las semillas y comerme el pepino solito…*

M38. -30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

Una de las mujeres que buscaba en internet refiere hacerlo de la siguiente manera:

"Pongo alimentación para embarazadas o riesgos en el embarazo"

M38. -30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

Tecleando estas palabras son millones de resultados los que arroja. Las mujeres en algunos casos muestran inquietud por saber más, sobre todo cuando tienen a algún padecimiento o si es su primer embarazo. En el caso de la mujer que presentó preeclampsia en su primer embarazo refiere buscar “información específica” para su problema.

… busco como, como controlar mi presión, recomendaciones para gente con mi problema…ahorita está bien, según lo que he leído se presenta hasta el séptimo mes entonces… pero de todas maneras hay que ***empezar a prevenir****…*

M34. -28años-3meses-2emb.hogar-esposo-hijo

La pareja de una de las embarazadas entrevistadas refiere haber aprendido en la escuela como buscar en internet para poder diferenciar la buena información de la información basura.

Más que nada ***en internet pero no en cualquier página****, como* ***en la escuela me enseñaron a buscar páginas donde venga información buena y separarla de la información basura,*** *pues así voy llevando las cosas, investigaba en libros o folletos en los hospitales y ahí vienen algunas páginas y púes por ahí es en donde empiezo a buscarlas.*

Pareja de M9J. -17años-7meses-1emb-se queda en su casa-novio-suegra-cuñada

La información que se da en la escuela es referida por una de ellas, sin embargo menciona no haberle hecho caso a estas recomendaciones cuando se la enseñaron.

Toda la información que yo tenía pues era por la escuela*, pero este, pues no, realmente siempre* ***comía lo que yo quería,*** *pero en cantidades pequeñas, ahora sí que la porción que me correspondía pero no…*

M25. -24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

Otro tema que sale a la luz es el de buscar recetas de cocina con el fin de llevar a cabo una dieta más sana, no es suficiente saber que alimentos hay que comer, sino como prepararlos.

Lo que escuchan en la televisión o en el radio llega a influir sobre sus percepciones y creencias de lo que respecta a una dieta sana y en algunos casos lo que escuchan las motiva a buscar más información o a seguir un régimen alimenticio determinado. Las mujeres buscan el respaldo científico; dos mujeres menciona a los folletos repartidos en hospitales como una fuente confiable en donde a partir de ahí se puede buscar información en la web.

A pesar de que algunas con más de un embarazo dicen basarse en sus experiencias, ambos grupos de mujeres, tanto las que son primerizas como de las que ya han tenido más de un embarazo, buscan sin distinción alguna, algún tipo de información, incluso las que ya no es su primer embarazo refieren haberse olvidado de las recomendaciones o de lo aprendido en su primera experiencia. Este hecho deja ver que la información recibida no pasa a formar parte de sus costumbres alimentarias.

3.3 El papel de los padecimientos en la asimilación de las recomendaciones alimentarias.

Hay mujeres que mencionan recomendaciones alimentarias a partir de enfermedades que padecen en su embarazo o que padecieron en embarazos anteriores. Cuando se tiene alguna molestia gastrointestinal las recomendaciones

nutricionales en base a dicho padecimiento son más relevantes que las propias recomendaciones ligadas al embarazo.

Las enfermedades que padecían las mujeres entrevistadas fueron: gastritis, colitis y enfermedad de la vesícula, también dijeron sentirse vulnerables por experiencias pasadas personales o experiencias basadas en enfermedades de sus familiares, por ejemplo, una mujer refirió haber presentado preeclampsia en su pasado embarazo y otra ponía de referencia las recomendaciones dadas a su madre diabética, ya que considera que la alimentación de un diabético es sana y benéfica incluso para ella.

Como ya se mencionaba, estas respuestas no siempre fueron relacionadas con el hecho específico del embarazo pero dejan ver particularidades sobre lo considerado bueno o malo para comer. Sin embargo, para todas en el embarazo se debe comer "sano", sea lo que esto signifique para cada una. Para algunas es comer frutas y verduras, para otras tomar mucha agua, para otras comer de todo sin llevar un "régimen" específico.

Las mujeres al padecer una enfermedad reciben mayores recomendaciones por parte del personal médico sin embargo los mensajes o recomendaciones sobre alimentación no difieren mucho a los de las mujeres sin padecimientos actuales.

Bueno pues lo que me han dicho los doctores y la nutrióloga ***todo de comer*** *muchas, bueno* ***más verduras y frutas,*** *que debo* ***de comer carne pero no debe de ser tanta grasa*** *, también no se por ejemplo,* ***pan, también no comer mucho****, digamos* ***yo por lo que sé, como mi mamá es***

diabética *la dan pláticas entonces digamos yo se que la alimentación así como que* ***todos deben de seguir la misma alimentación solo son diferentes las porciones.***

M8. -23años-6meses-1emabarzo-amade casa-dejó de trabajar

Pues ahora sí que comer mmm tus ***tres comidas*** *al día,* ***fruta, verduras y pescado****, todo eso, también con el* ***ácido fólico y el hierro*** *y pero pues lo que* ***no consumo es mucha grasa porque como estoy enferma de la vesícula por lo mismo mmm…*** *pues como de todo pero siempre igual así sin mucha grasa vaya, aha, fruta… y pues comida, verdura…*

M11-17años-6meses-2emb-en mi casa nada más-estudiaba enfermería-pareja-suegros

"No comer irritantes, picante, cosas grasosas, tomar leche, comer huevo y ***en mi caso no comer la sal… tuve preeclampsia en mi pasado embarazo".***

M34. -28años-3meses-2emb.hogar-esposo-hijo

"Bueno al principio tuve mucho problema porque ***tengo gastritis y colitis*** *entonces como me daba, bueno empecé con vómitos y en vez de subir bajé mucho de peso, no* ***comía casi nada más que fruta****, después de eso ya que se me compuso un poquito el estómago de los vómitos ehh me dio* ***mucha hambre*** *y comía* ***mucho pan y tortilla****, era de un pan en la mañana, un pan en la noche y como 6, 7 tortillas al día … entonces este empezaba a notar que* ***mi estómago inflaba, inflaba y era una inflamación terrible, entonces por eso fui con el doctor de a la vuelta de mi casa."***

M38. -30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

*"Híjole eso sí, **muchos** vegetales, mucha fruta, sobre todo beber mucha agua y mucha fibra porque yo padezco de estreñimiento por problemas de **colitis y gastritis** por eso me notaron el estómago más inflamado por los gases, mucho aire en mi vientre por lo mismo de la gastritis…"*

M36-38años-4meses-1emb-amadecasa-esposo

3.3.1 Control de peso en el embarazo.

Un motivo relevante como referencia a las recomendaciones nutricionales es el cuidado del peso, más que nada en relación a no "engordar" o subir más del peso indicado. Muchas veces esta preocupación parece provenir del mismo personal de salud que recomienda el control del peso.

… tengo que cuidar mi peso que no suba mucho…

M23. -19años-4meses-1emb-limpieza-esposo

Porque la doctora que me está atendiendo ahorita me dijo que si no quería quedar gorda después del parto que nada más podía comer una tortilla y un pan, nada más… *¡no yo no! (risas) yo como de todo, y la verdad si como mucho, este espero que no quede gorda (risas)*

M25. -24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

*… y pues **cuidar como la alimentación para no subir tanto de peso, no tener diabetes gestacional y todo** eso…*

M35. -23años-6meses-1emb-estudiante-papás

Será necesario ir analizando que papel juga esta recomendación en sus percepciones y creencias, más allá del simple hecho de saber que "así debiera ser" ya que también persiste la creencia de tener que comer más. Aquí hay un

encuentro de saberes porque a la vez se va vislumbrando una cierta dificultad para reconocer como “verdaderos” a los saberes tradicionales relacionados a comer por dos.

3.4 El poder de las recomendaciones médicas en las creencias de las mujeres.

Una vez descritos los mensajes que las embarazadas reciben de diferentes fuentes como los médicos, familiares, amigos(as) y medios de comunicación, se describe el poder que otorgan a estas recomendaciones y se va vislumbrando el cómo van reconfigurando sus percepciones sobre alimentación frente a dichos mensajes.

Las embarazadas mencionaban frases como *“tengo que”, “me quitaron”* y *“debo de”* las cuales demuestran que la palabra del médico tiene un poder sobre la vida de las embarazadas.

*Pues **tengo que**, como **de toda la carne, verduras, frutas, lo que es este, semillas, de todo eso**…*

M27. -27años-2emb-hogar-trabajaba-esposo-hija

*Pues **que debo de** comer frutas, verduras, pollo y pescado, que si fuera mejor antes de las 8:00. Que fuera variando mi comida, procurar no consumo alcohólico, el tabaco y todo eso…*

M38. -17años-7meses-1emb-estudiaba-mamá-papá-hermano

Tengo que comer de todo… si de todo, carne, ***mucha agua…***

M44. -19años-5meses-1emb-esposo-suegros

Me quitaron las grasas y los capeados para evitar problemas de sobrepeso*, que crezca pero no tanto,*

M36-38años-4meses-1emb-amadecasa-esposo

Bueno ***pues me tengo que cuidar mucho****, tengo que* ***comer verduras (risas)*** *pues que… que tengo que cuidarme…*

M42. -18años-5meses-1emb-estudiaba (prepa) -papás-hermanos (4)

Existen casos de mujeres que muestran inquietud porque el médico les dé más información, no precisamente de la alimentación, sino también del parto.

La comunicación médico-paciente de las embarazadas entrevistadas suele ser pobre o débil. Las consultas suelen durar una hora, y se tratan cuestiones técnicas sin embargo las mujeres dejan ver la necesidad de otro tipo de atención e información, más enfocada a un “acompañamiento” en donde los médicos les hablen sobre su embarazo, sobre el desarrollo de su bebé y sobre dudas específicas que impactan en su salud. Esto no intenta quitarle la importancia a los asuntos médicos de carácter técnico, pero, estos asuntos parecen estar dejando de lado aspectos que a ellas interesan.

Una embarazada refiere que el médico le dice que coma de todo y da de ejemplo la carne, sin embargo más adelante menciona que no les gusta la carne, pero que no se lo ha dicho al médico.

M15. : …solo me dice que ***mucha fruta, de todo, carne, de todo…***

E: ¿le has dicho que no te gusta la carne?

M15.: No, no le he dicho-

M15. -19años-8meses-1embarazo-hogar-esposo

Otro ejemplo es el de la mujer que dejó de tomar vitaminas porque sentía molestias, sin embrago refiere no habérselo comunicado el médico o preguntado, otras mencionan frases como "el médico no te dice mucho" o "dice lo mismo" "solo te revisa". Existe incertidumbre y desconocimiento respecto a diversos temas, lo cuáles no son resueltos.

…pues es que hasta ahorita de las 3 veces que he venido, ….pero pues me dicen que el bebé está bien, que mide lo que tiene que medir, pero yo quisiera ya saber cómo que mmmm… que va a ser el parto, si normal o cesárea; ***es que como me están cambiando de repente me vuelven a preguntar lo mismo y ya no avanzan con la información sino que siempre es lo mismo…*** *pues nada más me preguntan que como, nada más, no me dicen ¡come esto!, no… E: -¿te gustaría que te dijeran más cosas? M28. : Pues sí, este como que algo,* ***no se algo que se apegue más al embarazo, saber qué es lo que me hace mejor…***

M28. -24años-8meses-1emb-casa-trabajaba-marido

*…aquí las doctoras no te atienden muy bien… ¡**ella no te habla! ¡No te dice nada! Solo te pregunta – ¿cómo te sientes?, mira te vas a tomas esto, esto y esto**… la única que me revisó fue la enfermera y eso pues para saber cómo, para medir la pancita… la presión se me bajó los primeros meses… ya me habían dicho que las mujeres embarazadas manejan presión baja durante el embarazo, entonces pues yo dije, bueno, entonces si se me baja tantito no hay ningún problema…*

M25. -24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

Existen casos en donde el poder de las recomendaciones médicas es reconocido con mayor fuerza y conciencia puesto se le tiene confianza, es el caso de una mujer que refiere acudir con una doctora que practica medicina alternativa, la *Medicina Nutricional Maya,* y a la vez acude con un bariatra. La doctora la trata a base de jugos con combinaciones específicas y con ensaladas, ella explica que todo lo que ella dice tiene respaldo, esto lo justifica citando los estudios que tiene la doctora, su trabajo conjunto con químicos de profesión, su madre que era maya y una experiencia previa en donde curó a su hermano por lo que toda la familia confía y sigue sus recomendaciones. De la misma manera confía en el bariatra, a quien visitaba desde antes del embarazo para controlar su peso. Las recomendaciones del bariatra coinciden con lo que ella percibe como sano, lo cual aumenta la credibilidad en él además de que la ayudó a bajar de peso.

***…Pero esta doctora, tiene estudios, estudió en la UNAM y es doctora alópata y aparte su abuela era maya y todo entonces como que juntó todo, entonces dijimos como que tiene más respaldo ¿no?,** uno, dos, ella todo lo que hace lo hace con respaldo de químicos, con personas que son químicos… **bueno con estas cosas mi hermano quedó bien,** entonces ya*

vimos que no es solo lo que decía la doctora sino que realmente la alimentación influye mucho en tu salud ¿no?

…con el bariatra que nos gustó mucho porque a pesar de que es médico alópata el ***enfoca mucho a la alimentación natural…*** *él es – no, no, no,* ***lo memos que puedan tomar de medicamentos y pastillas mejor…*** *Me atiende* ***el ginecólogo, pero pues es que él no sabe nada de alimentación,*** *entonces es lo que yo hice ¿no?, complementar como que al bariatra con el ginecólogo.*

M2. -28años-8meses-1emb-trabajaba-esposo-papás-hermanos

Aunque ella reconoce estos saberes médicos como válidos, son saberes que de cierta forma coinciden con los suyos. Ciertamente es quién destaca un discurso mucho más medicalizado. Esta mujer es casada, trabajaba y vive con sus padres, hermanos y esposo, el cuál es extranjero. A diferencia de las demás mujeres muestra un mayor conocimiento e interés en temas de salud, su medio de información es la radio y a diferencia de las demás mujeres, toda la familia está involucrada en temas de salud.

Como ya se mencionaba el tener o haber tenido algún padecimiento influye en las creencias y percepciones sobre las recomendaciones alimentarias.

Una de las embarazadas que mencionó padecer gastritis y colitis y que su hijo padeció estreñimiento menciona recomendaciones alimentarias más detalladas qué el médico le brindó (médico particular) y además refiere seguirlas y sentirse mucho mejor, brindando un poder especial a lo dicho por el médico.

entonces empecé a cambiar un poquito mis hábitos *porque si* ***vi mucha mejoría*** *por* ***ejemplo ahora como mucho*** *fibra, trato de comer lo que es* ***pan integral o verdura o fruta con cáscara y tomar mucha agua*** *y eso es lo que ahorita* ***me ha nivelado el estómag****o,*

Él médico me dijo… ¡señora su hijo esta así por una alimentación mala! O sea la alimentación que le está dando no es la correcta, le hace falta fibra, le hace falta agua y la fibra la va a encontrar en las frutas, las verduras…

M38. -30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

Las demás a pesar de referir algún padecimiento no mencionan recomendaciones más específicas por parte del personal médico con respecto a su enfermedad o molestia.

Una de ellas toma un complemento alimenticio porque su doctora se lo recomendó ya que su embarazo es de alto riesgo.

(La doctora le dijo) mire, ahorita lo que importa es de que le den el complemento alimenticio… ***ahorita mi embarazo me dijeron que era de alto riesgo, incluso traigo amenaza de aborto****…*

M41. -29años-3meses-4emb-esposo-hijos-suegra

3.5 La percepción de los médicos.

Hasta este momento se han detallado los mensajes sobre alimentación que refieren las mujeres de su médico(a) y/o familiares y amigos(as) o que escuchan o leen en algún medio de comunicación, el poder que les otorgan y como el tener algún padecimiento le da importancia a estos mensajes, a continuación se

describe lo que los médicos refieren decirle a las embarazadas lo que permite explorar sus propias creencias.

Las recomendaciones dietéticas a través de la historia siempre se han ido modificando en base a los avances científicos en el campo de la medicina y de la nutrición, como se mencionó con anterioridad, no se puede afirmar que los saberes de los médicos son puramente técnicos, ellos transmiten saberes configurados, si por su formación médica, pero también por su cultura propia.

Se realizaron 7 entrevistas a médicos encargados de atender a mujeres embarazadas en el Centro de Salud, el objetivo fue conocer sus percepciones acerca de las formas en que las mujeres se alimentaban así como indagar sobre las recomendaciones que les dan.

En conjunto mencionaron todas aquellas recomendaciones referidas por las mujeres sin embrago cada médico hacía hincapié en cuestiones distintas lo cual se resume en el cuadro 22.

Cuadro 22 Recomendaciones que los médicos dicen referir a las embarazadas durante la consulta de control pre natal.

"Dieta hiperproteica y se les hace mucho hincapié en que dejen muchos las grasas, esas cuestiones, más hacia las proteínas, lácteos, carne, huevo y las leguminosas". Dr. 1
"Hacer ejercicio y tomar agua, 5 comidas al día y3 comidas principales". Dra. 2
"Se restringen alimentos que me puedan comenzar un trabajo de parto, quitar todo lo que son bebidas alcohólicas, el tabaquismo, el refresco, chocolates, sustancias que me puedan activar o desencadenar contracciones uterinas". Dra. 3.
"Tengan una dieta balanceada, que ingresen verduras, legumbres, frutas, que disminuyan la ingesta de pan, tortillas y todo tipo de carbohidratos y que coman a sus horas, tres veces al día porque pasan horas de ayuno prolongado…" Dr. 4
"Pues combinación de alimentos que más o menos formen cierta… pues cierto nivel de nutrimentos con lo que puedan complementar su alimentación". Dra. 5
"Cambiar hábitos". Dra. 6.
"Cambiar hábitos alimenticios" Dra. 7

Fuente: Trabajo de Campo de octubre a diciembre 2012.

A pesar de la variedad de recomendaciones, la percepción que los médicos tienen sobre la forma de alimentarse de las embarazadas es homogénea, mencionan que está muy basada en *costumbres* (se entiende costumbres como hechos tradicionales sin sustento científico del que ellos se encuentran desligados) en donde prevalece la ingesta de grasas, harinas, azúcares, irritantes y "antojitos" (quesadillas, tortas, tacos), esto porque pertenecen a un estrato socioeconómico bajo, en donde la escasez de recursos limita el acceso a una dieta sana y la hace

deficiente según sus testimonios. Sin embrago las creencias sobre los principales problemas de nutrición a los que se enfrentan las embarazadas son diversas.

Según lo referido por ellos(as) por más que intenten cambiar sus hábitos hay una "dificultad" al cambio ligada a que desde pequeñas y por la falta de recursos están acostumbradas a comer así, por flojera o falta de educación. Sin embrago, a pesar de su deficiente alimentación, dos de las médicos mencionaron que su cuerpo logra hacer un balance y las complicaciones en el parto son muy raras.

"Yo no sé si afortunadamente o desafortunadamente la mujer mexicana tiene una capacidad materna increíble, increíble, pero híjole, ***las niñas salen bien pese a lo que parezca…".***

*"****A veces flojera y algunas otras la falta de educación****, desconocen totalmente como tiene que ser el alimento" Dra. 6*

De acuerdo a sus testimonios la anemia sólo representa un problema grave para el Dr. 1, para todos los demás ya no es un problema frecuente, a pesar de que el bajo peso si es común, sobre todo en las adolescentes, pocas presentan anemia.

El embarazo adolescente se percibe como un problema del que ellas no son conscientes, las adolescentes son inmaduras, dicen los médicos.

*"****Les digo es que todavía no, es como jugar****,*

"Ustedes son niñas que van a empezar a jugar con sus bebés" Dra. 2

Las adolescentes, según los médicos entrevistados, son delgadas, tienden a preocuparse por la estética y a no querer comer. Para una de los médicos el que las adolescentes acepten su embarazo influye en que tengan menos molestias durante él. Sin embrago la percepción de los médicos es que son embarazos que

se viven de forma solitaria y rodeado de complicaciones emocionales. Sólo para la Dra. 7 el embarazo adolescente ya no es un problema gracias a la legalización del aborto.

Para ellos la obesidad aumenta con la edad, el que las mujeres sean mayores implica que tienen más hijos, esto las limita en tiempo y tienden a "descuidarse". La mayoría de los médicos perciben a la obesidad como un problema de salud más grave que la anemia el que impactará en la salud de sus hijos. Ellos intentan cambiar los hábitos de las mujeres diciéndoles que dejen de comer grasas, harinas, azúcares, carbohidratos, pan y tortillas y que coman más frutas, verduras y leguminosas. Su tarea es orientarlas y educarlas sin embrago prevalece la idea de que "la que quiere se cuida" (aunque al mismo tiempo reconozcan que sus recursos económicos son limitados y que esto limita su acceso a una dieta sana). Para la Dra. 7 la publicidad y la mercadotecnia han hecho que los hábitos alimentarios se modifiquen hacia una dieta alta en grasas y azúcares.

"ahí si cuesta mucho más trabajo darles a que entiendan y se cuiden por más que uno le diga, tiene que comer sano y ***si nada más alcanza para frijoles y tortillas pues ahí ya no podemos hacer nada…*** *orientarla y asesorarla y pues ahora sí que con lo poco que ellas van adquiriendo pues que me llevan bien el embarazo" Dra.3*

Para una de los médicos los tratamientos de fertilidad contribuyen al aumento de peso en las mujeres.

Los largos periodos de ayuno y el hacer sólo 2 comidas al día también se percibe como un mal hábito frecuente.

Respecto a la toma de suplementos (ácido fólico y sulfato ferroso) que aunque no son alimentos son considerados parte relevante de la nutrición durante el embarazo, los médicos perciben como buena su aceptación.

Respecto a las creencias tradicionales se les preguntó cuáles eran las más comunes o las que más les mencionaban. Aquí las opiniones fueron diversas, mientras que para uno de los médicos sus hábitos están basados en "usos y costumbres" y tienden a hacer todo lo que le dice la mamá o la abuelita, para otra médico ellas ya no tienen tanto estas creencias llamadas "tradicionales"; el que se lleven o no a cabo depende del nivel sociocultural.

"…sobre todo las embarazadas no se arriesgan a tomar cualquier cosa que pueda tener un riesgo, aunque sea un té siempre lo toman en cuenta" Dra. 7

Los demás mencionaron que en la consulta les llegan a preguntar si pueden tomar tés y atoles (ligados a la producción de leche), carne (las mujeres tienen la creencias de que por la herida al momento del parto no podrán consumir carne). Sobre la percepción de los antojos un médico dice que las mujeres lo relacionan a ciertas deficiencias. Sin embargo el que las embarazadas hagan preguntas en el consultorio no es algo frecuente. Dos médicos mencionan como parte de la consulta indagar sobre sus hábitos de alimentación.

Los carbohidratos representan un problema grande para los médicos, al parecer el consumo excesivo de estos las engorda y los restringen, para ellos las mujeres comen muchas tortillas y pan y critican la creencia que las mujeres tienen que el pan es muy saludable.

El servicio de nutrición para todos los médicos es importante porque existe la necesidad de que las mujeres tengan una orientación alimentaria pero éste es deficiente y no cumple con las necesidades de la clínica. Una vez más la Dra. 7 difiere en este punto, para ella las mujeres no hacen preguntas y todo queda muy claro porque en la clínica les dan toda la información necesaria desde signos de alerta en el embarazo hasta alimentación basada en la canasta básica.

Dos médicos, los dos hombres entrevistados, mencionaron como referencia la Norma Oficial Mexicana y la Norma Técnica.

3.6 La alimentación de las mujeres durante el embarazo.

Una vez analizados los mensajes se hace una aproximación a la forma en que las mujeres dicen alimentarse durante su embarazo y a los aspectos su vida social que influyen en sus formas de comer en donde los saberes tradicionales ligados a "comer por dos" tienden a descalificarse, destaca el cuidado del peso (infundido por ellas mismas o por los médicos y/o familiares) y la relevancia de los antojos como un acontecimiento específico en el embarazo.

En el embarazo la forma de alimentarse se modifica, la cantidad de la comida es un aspecto relevante; las mujeres con frecuencia utilizan en sus testimonios la palabra **"mucha(s)"** reconocen que en embarazo es necesario comer más de ciertos alimentos como: mucha fruta, verdura, leche y agua, principalmente.

*Pues que debemos de tomar **mucha agua, comer frutas, verduras, este pues carnes**, todo eso…*

M10. -29años-9meses-2emb-hogar-esposo-niña

Este lo que hay que comer es ***mucha verdura y carne y todo eso, tomar mucha agua, leche y ya****…*

M13. -21años-8meses-3emb-hogar-padre

… de los otros embarazos me decían que tomara ***mucha leche, muchísima fruta…***

M41. -29años-3meses-4emb-esposo-hijos-suegra

Por otro lado, cuando se habla de lo que **no se debe comer** destacan frases como **"poco" "no mucho" "no tanta" "quitar un poco**"; algunas se refieren a ciertos alimentos con la palabra **"me los han prohibido"** o dicen que no deben comer **"nada de"**

M14. : … la ***sal ya quitármela un poco****, tampoco, el aceite todo eso…* ***comía mucha chatarra se podría*** *decir, digamos Chetos® cositas así, galletas y todo eso entonces* ***si es lo que no me hace bien****… E: ¿los sigues comiendo? M14. : u****n poco, un poco*** *ya…* ***pues a la semana si comía como 3 bolsas de*** *Chetos®* ***4, ahorita ya es a la uuuuhh, de vez en cuando…***

M14. -17años-7meses-1emb-casa-pareja-suegro

… ***poca grasa****, mas cuando* ***es alto riesgo*** *debe cuidarse, tomar mucha agua… pues hay* ***cosas que me han prohibido*** *comer… lo que estoy comiendo es frutas y verduras… me han prohibido* ***sal, picante, grasa****…*

M20. -23años-1emb-casa-trabajaba-esposo

Lo más mencionado por las embarazadas como **“lo que no deben comer, evitar o comer menos**” fueron:

Las grasas, lo irritante, el café, el picante, la sal, el refresco y la chatarra o chácharas.

El **número de comidas** que se deben hacer al día y la importancia de tener **horarios** en las tomas también es mencionado. De las que lo mencionan la mayoría dice que lo recomendado es hacer 3 comidas al día, sólo una de ellas menciona 5 comidas. Destaca el controlar la cantidad de alimentos “porciones chiquitas” o “no abusar”.

*“Ay… pues no se mucho (risas) pues me dicen que **coma bien**,… el agua,… que son… que 5 comidas ¿no?, pero con porciones chiquitas…”*

M1-18 años-9 meses-1°emb-ocupación: casa-trabajaba-vive con su mama

*“Pues me han dicho que **las tres comidas**, desayuno, comida, cenas**, frutas, verduras, cereal”.***

M15. -19años-8meses-1embarazo-hogar-esposo

3.6.1 Creencias tradicionales.

Las creencias tradicionales persisten, en algunos casos se creen y en otros se cuestionan. M16 y M21 lo primero que mencionan es la creencia de “comer por dos”, sin embrago la descalifican al mencionar que lo que “debe de ser” es comer una “dieta balanceada”.

*Bueno **depende de las zonas a las que vaya,** en el caso si voy más a los **pueblos de Xochimilco dicen que debes de comer por dos y si vas a otras zonas dicen que debes de comer una alimentación balanceada…***

M16 -27años-6meses-1emb-desempleada-trabajaporsucuenta-papás

***La mayoría de las personas te dicen que debes de comer por dos, pero pues ya con los tres embarazos me he dado cuenta que eso es mentira**, bueno más que nada por las consultas con los doctores; no debes de comer por dos, debes de tener una buena alimentación para nutrir a tu bebé y nutrirte tú.*

M21-23años-5meses-3emb-hogar-esposo-hijas

En los testimonios las mujeres también mencionan "*comer cada que tenga hambre", "comer lo que se te antoja" creencias relacionadas al picante, lo frío y en la producción de leche.* Estas creencias, a diferencia de las de comer por dos, no son descalificadas.

*Si he escuchado que si comes mucho picante que el **bebé nace con puntitos rojos** en la cara, que en la nariz….*

*Ahhh y tomar cosas muy frías, porque si **tomas cosas frías que nace con mucho cólico**, que a ellos les da cólico por el frío, y ahorita ya procuro no estar tomado frío…*

M3. -26años-5meses-2emb0-hogar-esposo-hijo

Comer cuando es nuestra hora o ***cada que me de hambre por el bebé****, pues me dicen que tiene que crecer.*

M13. -21años-8meses-3emb-hogar-padre

M29.: …no comer chatarras, bueno si pero no muchas, ***nada más lo que se te antoje****…*

E: ¿cuáles son las chatarras?:

M29.: Así como por ejemplo papas fritas, palomitas, la comida con mucho chile, así de frutas con sal y limón y chile… si porque aparte de que no son nutrientes para el bebé ni para nadie… es ***pues yo digo que no te da leche****, no va a agarrar nada de leche para la lactancia del bebé.*

M29. -24años-8meses-3emb-trabajaba (camarista)-esposo-papás-hermano-cuñada

Comer ahora sí que si se me antoja una fruta, un plátano, una guayaba…

M18. -26años-7meses-1emb-trabaja (limpieza)-hermana

Se mencionan recomendaciones ligadas al control de peso, como la que nos menciona M4, quién dice que si come harinas después de las 6 de la tarde éstas se quedan acumuladas en las caderas.

Sé que ***no debo de comer pan después de las 6 de la tarde porque se te van quedando las harinas (señala sus caderas)*** *entonces ya tu cuerpo no las, no las procesa igual que en día, porque ya no haces nada…*

M4-17años-6meses-1emb-estudiaba-esposo-familia-abuelos

3.6.2 Antojos y gustos de las mujeres.

Los antojos resultan ser un tema relevante en el embarazo puesto que muchas mujeres dicen tenerlos.

El antojo resulta en una preferencia alimentaria específica, diferente pero ligada a los gustos. (Ver cuadro 23).

Cuadro 23 Características de los antojos según las embarazadas entrevistadas

Se tienen muchas ganas de comer algo en específico .	Pueden ser combinaciones de alimentos poco usuales.	Muchas ganas de comer algún alimento que les gusta.	Ganas de comer algo que normalmente no comían.
Gelatina de cuadritos de colores con crema, fruta con chile, plátano frito con mermelada, helado de Mc Donald´s, hot cakes con miel, papaya, mango, sandía, agua de jamaica…	*Helado de vainilla con papaya y limón, sopes de mole.*	*Dulces, chocolates, papas, galletas, helados, nieves, refrescos, tamales, hamburguesa.*	*Biteces, pescado, agua, fruta, verdura, leche.*

Fuente: Trabajo de campo de octubre a diciembre 2012.

Los antojos también se relacionan con alimentos que “caen bien” durante el embarazo, esto ligado a molestias gastrointestinales por las náuseas y los vómitos, a la mujeres se les antojan alimentos frescos, fríos, como frutas y verduras, y agua.

La mayoría del las mujeres creen importante satisfacer el antojo ya que no hacerlo lo asocian a algo **malo** que pudiera pasarle al bebé (que nazca con la boca abierta o que nazca "mal") o a que la madre tenga dolores, ya que muchas veces la idea del antojo se liga al apetito o a deseos del bebé. Estas creencias son comúnmente transmitidas por las abuelas sin embrago las mujeres que las refieren en algunas ocasiones dudan de la creencia; pero el dudar no quiere decir que se abstengan de satisfacer sus antojos.

*"…yo en mi **caso si lo hago porque de mi primer hijo se me antojó un pescado y no , me dolió muchísimo el estómago, entonces no dejarlos pasar**… entonces eso es lo que yo hago, o me como las galletas pero trato pues no darle muchas chatarras…"*

M29.-24años-8meses-3emb-trabajaba (camarista)-esposo-papás-hermano-cuñada

Ellas ven a los antojos como algo bueno, un gusto **que deben** darse o algo **normal** que sucede en el embarazo, puede ser que se asocie a antojos propios del bebé (o hambre del bebé) o a que hace falta algún nutriente contenido en el alimento que se tiene ganas intensificadas de consumir; sin embargo, cuando estos antojos son al mismo tiempo ganas de comer alimentos que se sabe no son buenos o recomendables para el embarazo o se trata de comida de la calle, tratan de comerlos en pequeñas cantidades, de vez en cuando o buscan otra cosa para suplantarlos, en el caso de la comida callejera, esta se intenta evitar.

*…si, la fruta con chile o la **sopa Maruchan®** se me antoja mucho… pues siempre **trato de comer otra cosa para que se me quite, galletas o la fruta así sin chile…** pues dicen que es normal que los antojos te den"*

M7. -17años-6meses-1emb-ama de casa-estudiaba. Esposo-suegros-cuñado

En otras ocasiones aunque sepan que no es recomendable e incluso otras personas les digan que no los coman, si las ganas de comer son muy grandes todo lo demás no parece importar.

*"…cuando recién me embaracé si tuve **un antojo muy fuerte** que era el limón y la sal, entonces **todos me decían -no consumas sal porque te va a hacer daño-** pero era mucho mi antojo y estaba trabajando y decía- **no me importa**- y me compraba y todo mundo me decía que no, **pero era mucho mi antojo y no me interesaba y me lo comía, pero ya después dije – ¡no me va a hacer daño**¡- afortunadamente en mi embarazo no tuve náuseas ni vómito… si se me hinchan pero todos los días lo que hago es subir las piernas y ya descanso.*

M16-27años-6meses-1emb-desempleada-trabajaporsucuenta-papás

El antojo va muy ligado a las emociones, incluso cuando el médico les dice a las mujeres que estas son reacciones psicológicas ellas reconocen que son emociones que pueden o no controlar.

*"Pues fíjate que no, **yo creo que todo eso es psicológico**… aparte el **bariatra siempre desde un principio me metió mucho en la cabeza,** no sé si sea cierto o no, que todos los antojos, ese cambio que sientes, que no quieres esto porque te da asco o se te antojo esto que es psicológico, entonces que **estaba en mi poder controlar que tenía que comer cosas sanas**, **no sé si me la habrá hecho a propósito para que siguiera con mi dieta o sea verdad.***

M2 -28años-8meses-1emb-trabajaba-esposo-papás-hermanos

*"supuestamente es una reacción psicológica, no es tanto como un síntoma del embarazo, **supuestamente nosotras lo creamos (risas) pero no me han dicho que sean malos…** E: -¿cuándo algo se te antoja te lo comes?: M21**: pues si porque se me antoja y es un gustito…***

M21-23años-5meses-3emb-hogar-esposo-hijas

Los antojos van también muy ligados a las características del embarazo (si es un embarazo difícil, con muchas náuseas o vómitos, etc.) ya que según las mujeres que ya han tenido más de un embarazo, los antojos no son los mismos en todos los embarazos, en algunos se tienen más que en otros o el tipo de alimentos y/o preparaciones que se antojan suelen ser diferentes.

Los antojos en ocasiones se deslindan de las costumbres, puede ser que la mujer sienta ganas de comer algo que no forma parte de su dieta habitual; fue común escuchar que se les antojaran *frutas, verduras, agua y leche*, incluso *carne o pescado*, alimentos que ellas referían no comer con frecuencia pero ahora se les antojan, esto coincide con la creencia de que el antojo se liga a algo que el cuerpo necesita, las mujeres se sienten bien comiendo eso nuevo.

Otro análisis de los antojos es que les permiten comer "más libremente", más de lo que les gusta al asociarlo con un hecho normal del embarazo, comer papitas chocolates, helados, dulces.

También los antojos permiten sociabilizar , muchas veces las personas cercanas a las embarazadas les suelen ofrecer alimentos ligados a esta idea de que los antojos son buenos o porque los esposos o la pareja es la encargada de satisfacerlos, incluso los antojos se suelen compartir con la pareja.

"Fíjate que no tuve antojos, de repente voy caminando ***y a todo mundo le digo, no es que estoy embarazada, ya me regalan una tortilla o ya me dan tantito molito en la mano, o sea no me quedo con ganas, pero de que se me antojó comer esto no…"***

M36-38años-4meses-1emb-amadecasa-esposo

Dos mujeres hablaron de los antojos en sus parejas, incluso ambas coincidieron en que su pareja tenía más antojos que ellas. La pareja de la mujer embarazada siente ganas de comer alimentos o preparaciones a los que no estaba acostumbrada y hay algunas preparaciones de las cuáles se comparte el antojo.

…mi pareja ha sido la que ha tenido más antojos… él así de que quiere una pizza, de que quiere comer filete, ¡Ahhh las crepas! Tenemos muy así antojo de los dos, crepas, pues si vamos por lo que queremos aunque a veces no se puede, pues ya al día siguiente, pero si tratamos de ir…

M17. -30años-7meses-1emb-trabaja-pareja

"…a él sí, creo que él ha tenido más antojos que yo*…-E: ¿qué antojos has tenido? P: Pues de todos, como que será,* ***dulce****, yo no soy muy afecto al dulce, se me antojan los* ***dulces, chocolates, este papitas****, no yo no soy muy afecto a la comida* ***chatarra y*** *ahorita si… -E: ¿tienen un gusto que a los dos se les antoje?: si pizza,* ***pizza, hamburguesas****, a él los tacos, P: (esposo) te digo yo no soy muy afecto a comer así en la calle…- M25. :* ***Ahora tiene que comer fruta también por mí.***

M25. -24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

Cuadro 24 Antojos mencionados por las embarazadas entrevistadas

Antojos mencionados
• Manzana con chile, papas con chile, cereal, chocolate, dulce, chile, papitas, pasteles, todo, chile (Tajín), fruta, helados, nieves, refrescos, fruta con chile, sopa Maruchan, dulces, galletas, paletas, chicles, Chetos®, Pollo rostizado, bistec frito, papas, frituras, verduras en caldo, plátano, mango, elote, tamales, galletas (TrikiTrakes®), Gansito®, limón con sal, licuado de chocolate, tortilla con sal, fruta, mango, naranja, bisteces, helado de vainilla con papaya y limón, naranja con azúcar, helado de McDonald´s®, hamburguesa, papas a la francesa, cosas frías, pan dulce, conchas, papaya, helado, pescado, hot cakes, leche, sandía, picoso, gelatina de cuadritos de colores con crema, papitas con sal, fruta con chile, fresco, papas con salsa, hot cakes con miel, mango con chile, dulces, plátano frito con mermelada, azúcaR, agua de Jamaica, jícama con chile.

Fuente: Trabajo de Campo realizado de octubre a diciembre del 2012.

Los antojos pueden o no coincidir con los gustos de las mujeres; cuando se les preguntó sobre qué es lo que más les gusta comer, la mayoría de ellas dieron respuestas distintas a las de sus antojos, mientas que en cuestión de antojos destacaron las ganas de comer f*ruta con chile, papas con chile, chocolates, helados, sal, pan dulce y cosas dulces*, o preparaciones poco comunes (h*elado de vainilla con papaya y limón, sopes de mole);* los gustos fueron distintos:

"Arroz, sopa, pozole, pastas, pan, pizzas, pechugas empanizadas, albóndigas, lentejas, pollo, mole, rajas con crema, capuchino, comida china, verduras gratinadas, quesadillas, comidas en la calle, tacos y refrescos".

Incluso algunas que dijeron no tener antojos reconocen a ciertos alimentos como sus preferidos (taquitos, grasas, espagueti, arroz, pechuga empanizada, albóndigas, pozole y pizza). En muy pocas ocasiones los antojos si coincidieron con sus gustos.

Se destaca que el embarazo puede modificar los gustos, ya que alimentos como la mayonesa, café, comida de la calle, arroz y mole, que les suelen gustar se pueden volver en aversiones como consecuencia de las náuseas y/o vómito y otros alimentos como las frutas o el agua, que antes del embarazo no solían ser de su preferencia ahora les ayudan a calmar las náuseas.

Se les preguntó si había algún alimento o preparación que nos les gustara, aunque algunas de ellas dieron respuestas como que nunca les han gustado por ejemplo; *las mollejas, nopales, verduras, hongos, mariscos, barbacoa, carne, moronga, leche y agua;* en la mayoría de los casos salieron a la luz las aversiones causadas por la sintomatología del embarazo; fue común ***el "asco" a las grasas, carne de res, de puerco o de pollo, al pescado, al café y a los puestos callejeros -***en donde refieren olor a carnitas y grasas. Esto independiente de si son adolescentes o adultas, cocinen o no sus alimentos.

Normalmente lo que no se gusta no se come, sin embrago en el embarazo se puede dar el caso de **comer "a fuerzas"** lo que no gusta por ser benéfico para el bebé, como es el caso de la **leche, el agua y las verduras** (o algún tipo de verduras).

Las mujeres refirieron como el periodo con mayor sintomatología de náuseas y/o vómito a los primeros 4 meses, sin embrago estas aversiones se prolongan durante todo el embarazo, ya que muchas mujeres estando incluso en el octavo o noveno mes seguían refiriendo náuseas –o aversión- a ciertos alimentos ya que la sensación de asco va a persistir ligada a un recuerdo desagradable.

Existe una clara diferencia entre alimentos recomendados o no para el embarazo (los alimentos considerados sanos) y los "antojos". Los antojos pueden ser tanto alimentos considerados sanos como alimentos considerados "chatarra". Cuando los alimentos toman connotación de antojo es más fácil que sus parejas las "dejen" comerlos o que ellas los coman. Los antojos en el embarazo son totalmente distintos a los antojos de la vida diaria, en el embarazo existe la "necesidad" de satisfacerlos y el ayudar a las mujeres a ello se percibe como un apoyo.

Se puede concluir que el antojo, al igual que la alimentación, es un hecho totalmente social, ligado a emociones, creencias, costumbres y formas de sociabilizar. (Ver cuadro 24).

3.6.3 Comida en la calle durante el embarazo.

En México comer comida callejera es una costumbre frecuente, sin embrago, fue común que las mujeres durante su embarazo evitaran comer en estos lugares ya que al considerarlos poco higiénicos dicen aumentan el riesgo de enfermar durante el embarazo.

Como comida callejera se refiere a comer en lugares ubicados en las banquetas de las calles, en donde la gente se puede parar y comer un taco o quesadilla-

tortilla con algún guisado (queso o carne de res, pollo o cerdo) que normalmente va frito, o algún otro alimento como tamales, hamburguesas, tortas, mariscos, jugos, crepas, sushi, prácticamente la diversidad de alimentos encontrados en las calles es inmensa.

Es bien conocido que estos lugares, por su ubicación y forma de operar, rara vez tienen un control de higiene, por lo que *el riesgo* de enfermar si se come en alguno de estos lugares siempre estará latente, sin embrago a las personas poco parece preocuparles esta cuestión ya que la comida en la calle se vuelve algo cotidiano en sus vidas, además de que se percibe como comida rica que a la mayoría le gusta mucho. Sin embrago también es percibida como "poco saludable" principalmente por el alto contenido de grasa que contiene (al ser la mayoría de las preparaciones fritas) y por ser preparada con poca higiene.

Todos estos hechos que se acaban de mencionar, influyeron en las percepciones que refirieron las mujeres embarazadas sobre comer o no en la calle.

Para ellas el estar embarazada significa un "mayor cuidado a la salud" y siendo esta comida poco higiénica y saludable, la mayoría de ellas refiere haberla dejado de comer o comerla con menor frecuencia; algunas dicen ya haberse enfermado durante el embarazo por comer en la calle y otras buscan prevenirlo, ya que ninguna de ellas quiere tomar medicamentos porque dicen que tomarlos implica riegos al embarazo.

Durante el embarazo prefieren comer en sus casas para tener un mejor control de la higiene de la cocina y de la limpieza de los alimentos. Cuando se come en la

calle no se conoce la higiene con que preparan la comida lo que causa temor a enfermarse por el hecho de estar embarazadas. Si llegan a comer en la calle, debe ser en un lugar conocido y de confianza; comen ahí cuando tienen algún antojo o no tuvieron tiempo de comer en casa o de preparar algo.

*M2: Ahorita no, porque **yo sé que lo que yo haga le perjudica a mi bebé** y no es lo mismo que si yo estaba sin embarazarme y a lo **mejor me dio una tifoidea** y ya yo me trato y es mi problema a que si ahorita yo como y me enfermo pues no puede ser… pues así como que hay un señor que vende quesadillas y ya como que éramos clientes frecuentes de él pero, sabíamos –comemos aquí porque aquí no nos hace daño- pero aun así ahorita así como que **evito todo lo de la calle**.*

M2-28años-8meses-1emb-trabajaba-esposo-papás-hermanos

*No**, es que una vez comí pero me hizo daño, ya de ahí no, estaba embarazada, me dio infección y no me gusta estar tomando pastillas**, es malo, bueno dicen que es malo, pues ese día comí comida corrida y me hizo daño.*

M13-21años-8meses-3emb-hogar-padre

***…a veces, muy rara la vez, cuando andamos así en la calle y ya no hice comida**… la comida de **la calle pues uno no sabe cómo la preparan, siempre las cocinas son sucias ¿no? P**ues la de uno, que la limpia, imagínese, o como las han de hacer, si es que lavan bien la verdura o no… de por si casi no, pero si he comido en la calle, la comida corrida, así…*

M19-16años-7meses-1emb-estudió (prepa)-esposo-mamá-hermano

No yo no, no soy de comer en la calle, no me gusta, como que también ***nos acostumbramos más a comer en la casa, mi esposos es fácil de que se enferme y mis hijas, entonces no, comemos en casa.***

M28-30años-7meses-4emb-casa-esposo-hijos

*…de que comía así en la calle y eso y si pues náuseas, diarrea…****no ya no, ahorita desde que estoy embarazada ya no como en la calle…***

M30. -35años-8meses-4emb-trabaja (vendeM40es) -esposo-hijas

No, casi nunca me ha gustado comer en la calle, ***no me da confianza, yo soy muy asquerosa*** *entonces… luego me pongo a pensar como lo preparan o si lavan la verdura o la carne, casi no me gusta,* ***solo que se me antoje mucho, pero muy de vez en cuando…***

M34-28años-3meses-2emb.hogar-esposo-hijo

…no me gusta comer en la calle… ***pues no comía así como en la calle, pero ahora menos, me cuido más****, igual no se me antoja mucho la comida de la calle… por los olores prefiero que mi mamá lo haga y ver como lo hace…*

M35-23años-6meses-1emb-estudiante-papás

…mucha comida en la calle compraba quesadillas y todo eso, como me enfermo seguido ahorita que estoy embarazada, ***ya me enfermé como dos veces por andar comiendo hamburguesas****,* ***ahorita las grasas como que las he dejado****…*

M40-27años-7meses-2emb-amadecasa-esposo-hijo

No comemos seguido pero si de vez en cuando… quesadillas y taquitos… de hecho por la casa hay una señora que hace sus quesadillas muy ricas, ahí vamos siempre…

M21-23años-5meses-3emb-hogar-esposo-hijas

En algunas ocasiones se recurre a la comida de la calle porque se trabaja y no se tiene el tiempo ni las ganas de cocinar. Sin embargo las mujeres entrevistadas que trabajaban refieren ayuda durante el embarazo para preparar sus alimentos en casa y las que dejaron de trabajar tienen más tiempo para poder cocinar, por lo tanto dicen comer menos o dejar de comer en la calle.

*"Antes **como trabajaba pues si era mucho de comer en la calle**, pero ahorita como ya no trabajo pues si ya, es muy raro… pues me iba a las quesadillas o los tacos, salía noche de trabajar y ya era así como lo que a la mano… pues digamos yo creo que **como ya estoy en mi casa ya tengo bien mis horas de comidas entonces así aun**que salga ya no es así como que, ya es más, antes era **más por hambre y ahorita más por antojo…***

M8-23años-6meses-1emabarzo-amade casa-dejó de trabajar

E: ¿Comes en la calle? M33. : No, antes si de vez en cuando salíamos a arreglar un papel o a otro lado y nos agarraba ya el atardecer y no comíamos pues si comíamos…

M33. -19años-7meses-1emb-nada (trabajaba)-papás-hermano-esposo

En la calle les gusta comer quesadillas, tacos y/o hamburguesas, en el embarazo las sustituyen por jugos o yogurts que van a comprar a la tienda.

…garnachas, que dicen… pues… no las dejé al 100% porque si he comido pero ya no es lo mismo que a lo mejor antes, decir así, como que esa es mi alimentación básica… ***a decir ahora porque se me antojó me como una quesadilla aun sabiendo que hace daño el aceite requemado y todo eso ¿no?.. Pero este ya como que no es así como que lo básico… y trato de evitarlo.***

M2-28años-8meses-1emb-trabajaba-esposo-papás-hermanos

*… comida de la calle casi muy poca****… antes tacos así que iba a la esquina ah que se me antojaba ah pues ahí comía y ahorita ya*** *no, procuro siempre comer en la casa…*

M3-26años-5meses-2emb0-hogar-esposo-hijo

El comer en la calle resulta, como ya se mencionaba, en algo frecuente para toda la familia. Fue común que ellas hablaran en plural *"comemos"* cuando explicaban sus consumos callejeros, además de que en ocasiones como forman parte del antojo, sus parejas las "invitan" a comer estos alimentos, esto apunta a que el hecho de comer en la calle o comer algo de la calle también se convierte en tema de sociabilización con la pareja o con la familia.

No casi no comemos, no casi no, muy rara vez pero casi o ***comemos…***

M31-29años-8meses-2emb-amadecasa-esposo-hija

No ***comemos*** *seguido pero si de vez en cuando…*

M21-23años-5meses-3emb-hogar-esposo-hijas

A pesar del papel socializador y de la cotidianeidad que juega la comida callejera; es común que las embarazadas tengan náuseas hacia los olores de este tipo de comida, sobre todo a los olores de grasa, además de que el comer alimentos grasosos se percibe como algo “no sano”. Las adolescentes son las que están más habituadas a hacer estas comidas altas en grasas.

..Las cosas de la calle no, ***me dan asco el olor a grasa****…*

M38. -30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

“…no, bueno ahorita que estoy así no como… ***lo que pasa es que tiene mucha grasa…”***

M23-19años-4meses-1emb-limpieza-esposo

3.6.4 La preparación de los alimentos que consumen las embarazadas

Cocinar puede ser un factor que influye en lo que se come. No se comerá lo mismo si la mujer embarazada es la responsable de la compra y preparación de los alimentos o si lo es su madre, su suegra, su cuñada o su hermana; o incluso lo que se coma puede cambiar dependiendo de si a la mujer le gusta, sabe o no cocinar.

Si se da una recomendación alimentaria no se debe de olvidar indagar sobre este hecho. Las mujeres suelen comer en familia, con sus compañeros(as) de trabajo, con sus hijos; aunque en ocasiones ellas refieren comer solas *-cuando los niños*

se van a la escuela por la tarde y su pareja está trabajando- lo que cocinan es para todos los miembros del hogar.

Si se emite una recomendación esta debe ser pensada en un contexto social en donde pueda ser aceptada. Si a la pareja no le gustan las verduras esto se convertirá en un reto o si ella no cocina. Si lo que se come está a cargo de la madre, tal vez no habría muchos problemas, puesto que las mujeres refieren que sus madre buscan complacerlas; sin embargo cuando está en manos de las suegras, la embarazada puede o no tener injerencia con lo que se prepara, más si la mujer embarazada es adolescente y se enfrenta a una situación difícil.

De las mujeres entrevistadas la mayoría (26n) refirieron cocinar, sin embrago muchas de ellas, al pertenecer a familias ampliadas, no son las únicas responsables de comprar y preparar los alimentos; mencionaron a la madre, la suegra, hermanas y cuñadas; una de ellas refirió a su papá jubilado que esta con ella en la casa y dos a su pareja.

El cocinar es un rol que se ha asignado históricamente a la mujer, en muchas ocasiones se empieza a cocinar cuando las mujeres forman una nueva familia, se casan o tienen hijos, por lo tanto el embarazo implica una etapa de transición en donde muchas mujeres se casan, antes o después, y empiezan a adquirir el rol de las encargadas de la compra y preparación de la comida, si bien antes lo hacían, ahora la responsabilidad es mucho mayor, con esto se enfrentan a poner en práctica lo aprendido en sus casas o van cocinando lo que pueden, a lo que tienen acceso.

En las mujeres entrevistadas fue común que refirieran ayuda para cocinar, la gran mayoría de estos casos los representan adolescentes embarazadas, en donde la madre o la suegra son quienes les cocinan y ellas aún no adoptan dicho rol.

Las adolescentes entrevistadas, en algunas ocasiones se ven obligadas a mudarse con la familia de su pareja, este hecho hace que se enfrenten a nuevas y distintas costumbres, esto impactará cambios en sus costumbres alimentarias y algunas modificarán sus comportamientos alimentarios, otras incorporarán nuevas cosas y transmitirán otras, el poder de agencia que tengan en sus nuevos hogares dependerá de la situación en la que se encuentren. Las adolescentes entrevistadas mencionan no tener apetito y tener que cambiar sus costumbres a las de la familia de su pareja.

… no…pues mi mamá es la que prepara… mi abuelita casi nunca está… pues… ***no sé lo que se me antoje a mí, si le digo has de comer esto lo hace o se me antoja…*** *no se esta fruta o cosas así.*

M1. -18 años-9 meses-1°emb-ocupación: casa-trabajaba-vive con su mama

*M44. : Siempre lo que mi suegra hace…E: ¿antes vivías en otro lado? M44. : Mmm con mi mamá… E: ¿es distinto****? : Si porque allá hacen mucho pollo y en mi casa pues no se hace… luego, pues sopas, verduras…***

M44. -19años-5meses-1emb-esposo-suegros

***"Hay veces que yo cocin**o, pues así de todo, como recién, casi no cocinaba yo antes, **me tengo que acostumbrar a hacer pero pues si de todo lo que mi mamá me va diciendo como hacerlo**"…*

M33. -19años-7meses-1emb-nada (trabajaba)-papás-hermano-esposo

En ocasiones estás nuevas costumbres pueden favorecer a la mejora de la calidad de su dieta, sin embrago no siempre suele ser así.

Eh mi abuela…pues si por lo regular siempre tiende a hacer una comida muy completa, o sea verduras, compra fruta, este y siempre es carne o pollo o pescado.

M4-17años-6meses-1emb-estudiaba-esposo-familia-abuelos

Siempre hay alguien conmigo**, nunca estoy sola y empiezan así si me preparo algo con chile están de "ya no te lo comas porque tiene mucho chile y que no sé qué" entonces por eso no…Cuando yo estaba con mi mamá si era de comer cosas con chile, **pero ahorita con mi suegra ellos si comen como que verduras y todo eso… es diferente con ellos.

M7. -17años-6meses-1emb-ama de casa-estudiaba. Esposo-suegros-cuñado

En el caso de M10, a quién le cuesta trabajo seguir las recomendaciones médicas, encuentra un cierto tipo de complicidad con su suegra, quién a pesar de ser diabética no "cuida" su alimentación, de ahí que para M10 sea más fácil no seguir las "normas dietéticas saludables" apoyada por su suegra.

E: ¿Quién compra y cocina? M10: Mi suegra porque vivo con mi suegra… no lo que pasa es que es muy chistoso porque ellos ***están basados a una alimentación que es de frijoles, que y un guisado e****ntonces* ***aunque ella es diabética tampoco cuida mucho su alimentación****… o sea* ***también le cuesta trabajo****, que come la longaniza, que carne de puerco cuando ella no debería de comer carne roja, entonces pues no, ahí no, como que casi las dos nos encontramos,* ***hacemos buen dueto…***

M10. -29años-9meses-2emb-hogar-esposo-niña

El matrimonio como ya se había comentado también suele ser una etapa en donde dos modelos de costumbres se encuentran y en ocasiones se contraponen, como es el caso de M2, quién se casa con un argentino y tienen que negociar las preparaciones hechas en casa, a su esposo le gusta mucho la carne y ella prefiere comidas vegetarianas. Esto le ha implicado incorporar nuevos productos y preparaciones, incluso ha aprendido a cocinar nuevos platillos. Ella atribuye a los nuevos alimentos incorporados propiedades nutricionales benéficas, cabe recordar que para M2 tener una alimentación "sana" es muy importante, acude con un bariatra y con una doctora naturista.

…cuando él ***llega él es 100 por ciento carnívoro*** *él no comía nada nada de verdura, entonces es así como bueno…* ***yo voy a empezar a comer carne porque yo sé que también la carne es nutritiva y a lo mejor tiene vitaminas que las verduras*** *… O por ejemplo él toma mucho mate, en argentina se consume mucho ese té y es muy nutritivo,* ***es antioxidante****,* ***digestivo, te quita el sueño****, no tiene cafeína, o sea,* ***tiene muchas propiedades buenas*** *entonces lo que hicimos es, mi mamá como le interesó empezó a buscar y vimos que tenía todas esas propiedades entonces, ahora que hacemos… todos los días en la mañana desayunamos mate los dos y a veces hasta mi*

mamá entonces esa fue como una cosa que yo no estaba acostumbrada y tuve que aprender a hacerlo con él…

M2 -28años-8meses-1emb-trabajaba-esposo-papás-hermanos

En el caso de M2 es muy marcada la dinámica familiar, toda la familia va incorporando y/o modificando su alimentación conforme a las recomendaciones médicas y a las influencias del esposo. Este hogar refiere experiencias pasadas relacionadas la alimentación y el encuentro de saberes médicos que les han permitido mejoras en su salud, además del encuentro con una cultura alimentaria distinta, la des esposo, que es argentino.

El cocinar, al ser un rol "establecido" que corresponde a las mujeres, en muchas ocasiones no es del agrado de todas; existen a quienes les gusta, pero hay para quienes se vuelve una lucha de la vida cotidiana, buscan nuevas recetas para dar variedad o simplemente reconocen que lo hacen por "obligación" como es el caso de M27, M29 y M30.

…pues igual si me gustaría conocer más, a lo mejor como preparar las cosas, porque luego ya no sabes cómo prepararlo (risas)… pues hago lo más fácil, el guisado con jitomate, cosas así fáciles… E: ¿te gusta cocinar? M27. : Más o menos.

M27. -27años-2emb-hogar-trabajaba-esposo-hija

***No me sale bien que el arroz y así (risas) casi no pero si, de hecho si cocino, tengo que cocinar para mi familia**, ahora sí que mi mamá me dice tienes que aprender porque cuando yo no esté a ver quién se queda con tus hijos y pues sí, **si tengo que hacerlo**…*

M29. -24años-8meses-3emb-trabajaba (camarista)-esposo-papás-hermano-cuñada

E: ¿te gusta cocinar? M30. : ¡Casi no! ¡Tengo que hacerlo porque de verdad…! Ay no, casi no…

M30. -35años-8meses-4emb-trabaja (vendeM40es) -esposo-hijas

La mayoría refieren hacer sus compras en el mercado, ellas perciben esta comida como fresca, los mercados son accesibles geográficamente, e incluso como en el caso de M30, el dar un "paseo" por ellos sirve para echar a andar la creatividad a la hora de tener que planear el menú.

Pues sí, luego es difícil, estar pensando ¿qué voy a hacer, que voy a hacer? Pero ya estando aquí en el mercado ya veo que hago más rápido…

M30. -35años-8meses-4emb-trabaja (vendeM40es) -esposo-hijas

Las náuseas suelen ser un impedimento a la hora de cocinar ya que los olores aumentan la sensación de malestar y les dificulta cocinar, esto no quiere decir que no lo hagan, solo se convierte en algo desagradable.

Pues lo que fue el ***tercer mes si tuve muchas nauseas pero*** *ya de ahí en fuera ya no he tenido así otro trastorno…* ***hay la verdad no me daban ganas ni de cocinar… yo cocino y la verdad había veces que ni cocinar podía y****o porque me daban nauseas el olor a aceite o algunas comidas… no…*

M12. -21años-7meses-2emb-hogar-suegra-cuñados-esposo-hijo

El trabajar o no, no influye en que la cocina sea tarea de las mujeres, las que dicen trabajar también refieren cocinar.

E: ¿quién cocina? M39.: los días que descansa mi mamá pues ella pero ya de ahí en fuera pues yo…E: ¿te gusta cocinar? M39. : ***más o menos*** *(risas)…* ***en el mercado, ahora sí que es la Comercial*** *que a mí me queda más cerca porque con mi bebé y mi pancita, luego le digo a mi mamá no seas mala pasa por mi mandado y pues ya ella lo trae…*

M39. -25años-2emb-7meses-ama de casa (mesera)-papás-esposo-hermanos

3.6.5 Aproximación al hecho alimentario (lo que dicen comer).

Se buscó tener un acercamiento a sus hábitos alimenticios cotidianos preguntándoles que es lo que normalmente desayunan, comen y/o cenan se encontraron coincidencias en su composición y horarios, sin embargo esto varía conforme a la composición del hogar, si hay o no presencia de hijos, sintomatología del embarazo y recomendaciones dietéticas.

Los médicos tienen la percepción de que ellas hacen sólo una o dos comidas al día, sin embrago ellas dicen hacer 3 “tomas”. La diferencia está en que el desayuno y la cena cuando están compuestos únicamente por pan, leche, fruta y/o café, no son percibidos por ellas como “comidas” para que sea una “comida” debe de estar compuesta por una sopa y guisado.

Desayunos.

Coincidencias: Lo que ellas refieren desayunar, principalmente es:

Leche, café y pan, ya sea blanco, dulce e incluso algunas mencionan el integral principalmente las que han tenido contacto con médicos y recomendaciones alimentarias específicas.

En ocasiones tés, jugos, licuados y/o fruta.

Algunas preparaciones como huevos revueltos y quesadillas.

M6 dice comer fruta porque cambió el consumo de pan por fruta. En el caso de M41 sólo compra fruta cuando tiene dinero.

"Pues normalmente si tengo dinero voy y compro fruta, si no café, este pan, es que la leche casi no me gusta, pan blanco, dulce, del que haya M41".

Incluso M41 dentro de los cambios que refiere haber hecho menciona el comer más frutas y verduras, sin embargo por su testimonio deja ver que no es algo que sea sencillo de llevar a cabo.

Algunas se quedan con este tipo de desayuno, otras refieren hacer un desayuno más completo o **almuerzo** horas más tarde, cerca de medio día, y suele estar compuesto de **"comida**" o guisados, es decir algún tipo de carne y/o verdura cocinada, o como alguna de ellas lo llaman "**comida normal**".

Los platillos consumidos en el almuerzo, normalmente no se preparan al momento, es común que los guisados sean preparados el día anterior, es decir son sobras de la comida del día pasado. Dentro de los guisados, platillos o preparaciones que mencionaron almorzar fueron:

Caldos con verduras o verduras solas.

pollo con acelgas, guisados con carne o pollo.

Huevo, huevo con jamón.

Arroz,

Panquis o panqués.

Quesadillas –tortillas con queso-

Tortas, sándwiches.

Llegan a ser consumos poco planeados, como M18 lo menciona, se come “lo que haya”.

-Comidas.

Coincidencias: La hora de la comida suele ser entre 2:00 y 3:00 de la tarde, aunque en ocasiones las mujeres quienes sus hijos van a la escuela en las tardes como M40 y M38, suelen comer con ellos alrededor de la 1:00 de la tarde; en el caso de M40 ella vuelve a tener hambre a las pocas horas. Algunas otras comen entre 3:00 y 5:00 de la tarde.

La “comida” suele estar compuesta por una sopa que puede ser un caldo con verdura (sopa aguada) o arroz (sopa ceca) principalmente, con algunas variaciones como sopa de pasta o espagueti; después de la sopa viene el guisado, en algunas ocasiones se agregan frijoles o lentejas adicional o en lugar de la sopa, y principalmente se acompaña con tortillas y agua de frutas o de “sabor”. Las verduras se consumen en caldo o como guisado. El guisado puede estar preparado por carne (pollo, res o cerdo) ó por verduras, la carne y las verduras se cocinan con alguna salsa.

Los guisados mencionados fueron los siguientes:

Chicharrón con verduras.

Carne con chile y papas, con nopales, en chile verde, bisteces encebollados, milanesa empanizada, albóndigas.

Longaniza y papa, salchlchas, mortadela.

Pollo en salsa verde, pechuga empanizada, pollo asado, con verduras.

Nopales en salsa verde.

Carne de cerdo, chuletas.

Tacos dorados, tortas de pollo.

Para algunas mujeres como M23 la comida se compone únicamente de sopa y verduras, para la mayoría es la sopa (arroz, caldo o frijoles) y el guisado con algún tipo de carne o sólo con verduras, para la minoría, como M14 son frijoles y además el guisado y la sopa. Sólo Brenda menciona el postre.

En uno de los testimonios se mencionan platillos típicos de Xochimilco.

Este… pues siempre tienden a hacer aquí en Xochimilco muchos guisados, ¿no?… carne de puerco, carne de res en algún chile con papas, este o con nopales, no sé, queso... M4

-Cenas.

Coincidencias: La característica general de *las cenas* es que son “ligeras”. Las mujeres embarazadas entrevistadas prefieren hacer una cena “ligera” ya que el cenar “pesado” les provoca problemas como agruras, sensación de pesadez, dolor *de panza* y por lo tanto problemas para dormir. Cabe destacar que pareciera que cuando se habla de “cena” se hace referencia a una comida pesada, es decir en donde hay algún guisado o platillo con carne y/o verduras que requiere una

cocción, por lo tanto ellas en su mayoría refieren no cenar; en lugar de cena comen algo ligero. Pero… ¿qué es algo ligero? En general se refieren a comer por las noches un pan (pan de dulce o bolillo o pan blanco, incluso pan tostado) ó algún tipo de cereal (Zucaritas®, granola u hojuelas de cereal) con leche, café o té, en ocasiones además se añade una fruta, en otras ocasiones es solamente la fruta o incluso un licuado o unas quesadillas.

Algunas otras refieren volver a comer un poco del guisado que se preparó en la comida, cabe destacar que aunque se haga esto ellas dicen comerlo en menor cantidad que a la hora de la comida, y puede ser que lo acompañen con un vaso de leche.

"Me dijeron que tenía que tomar muchísima leche" M41

Se subraya que este tipo de cenas ligeras pudieran ser, para algunas, particulares del embarazo, por ejemplo M34 al platicar de su cena hace énfasis en que **para ella** es algo ligero, diferenciando su consumo del resto de la familia, M44 lo hace de esta forma porque de lo contrario se siente inflamada.

"para mi es algo ligero en la noche… leche o cereal" M34

Colaciones. Comer entre comidas.

Coincidencias: Una recomendación dietética es la de hacer colaciones; los nutriólogos y/o médicos recomiendan hacer tres comidas principales y dos pequeñas entre el desayuno y la comida y otra entre la comida y la cena. Sin embargo a pesar de esta recomendación, es común que se coma entre comidas, ellas refieren hacer estas colaciones porque en ocasiones tienen mucha hambre.

Principalmente comen alguna fruta; para otras, la colación de la tarde es la hora del antojo; se les antoja comer un pan dulce, alguna galleta, fruta –algo fresco- algún dulce, a M15 se le antojan unas Triki-Trakes® (galletas con chispas de chocolate) e incluso a M10 se le antoja comer dulces, Chetos® y galletas; M16 que trabaja hasta tarde en ocasiones compra por la noche (7:00 de la noche) alguna quesadilla o empanada que venden afuera de su trabajo.

Compra de los alimentos.

La figura del hombre suele ser reconocida como la de proveedor, ya que en algunas casos el tener o no dinero suficiente para la compra de alimentos depende de si se tiene pareja o de si el hombre trabaja o del tipo de trabajo que él tenga. El que ellas laboren fuera de casa también ayuda, pero algunas dejan su trabajo durante el embarazo pasando a depender de los ingresos de su pareja. En otras ocasiones influye el precio de los alimentos, o suplementos recomendados; o en otros casos refieren tener para comer pero ir al día.

Algunas responden a la pregunta de si han tenido algún impedimento económico para comprar alimentos con un “no” o un “gracias a Dios no”. Ellas pueden percibir que no hay dificultades económicas ya que en la mayoría de las ocasiones se tiene “algo” que comer, sin embargo es común la percepción de ir al día y comer lo que haya. (Ver cuadro 25).

Cuadro 25. Respuestas a las mujeres a la pregunta de si han tenido dificultades económicas para comprar sus alimentos.

Pues siempre, he siempre estas al día, tienes… es la misma rutina, trabajar para conseguir la comida y lo mismo… pues… *M4 -17años-6meses-1emb-estudiaba-esposo-familia-abuelos*
A veces si, al principio, ahorita ya no … *M6. -18años-5meses-1emb-casa-trabajaba-pareja*
Pues así exageradamente que digamos que no tenemos para comer pues no, pero pues si como vivimos al día pues si ciertos, hay veces que no se puede comprar mucha fruta o tener toda la despensa pero así que digamos así que no tienes dinero para comer, comprar "x" cosita pues no. *M10. -29años-9meses-2emb-hogar-esposo-niña*
No pues no. *M11-17años-6meses-2emb-en mi casa nada más-estudiaba enfermería-pareja-suegros*
Si a veces porque como yo me separé pues, si… si a veces porque mi bebé el segundo todavía toma leche y usa pañal… *M13. -21años-8meses-3emb-hogar-padre*
No porque como trabajaba si tenía de donde, como mi esposo también trabaja él siempre me apoyaba. *M17. -30años-7meses-1emb-trabaja-pareja*
Pues hasta eso gracias a Dios no, tiene buen trabajo y pues ahí vamos al día. *M19. -16años-7meses-1emb-estudió(prepa)-esposo-mamá-hermano*
No, gracias a Dios no. *M21-23años-5meses-3emb-hogar-esposo-hijas*
No, eso no nos ha faltado… *M26. -18años-8meses-1emb-hogar-estudiaba-esposo*

¡No! …
M28. -30años-7meses-4emb-casa-esposo-hijos
Pues sí, sí, sí, si ha pasado eso…
M30. -35años-8meses-4emb-trabaja(vendeM40es)-esposo-hijas
Pues creo que si, como todos ¿no?, hay veces que uno planea comprar cierta cosa y pues como ahorita no, resulta que el huevo ya se fue hasta las nubes y pues ya pero tratamos de ir así al gasto…
M34. -28años-3meses-2emb.hogar-esposo-hijo
Pues si hubo un tiempo que si porque yo deje de trabajar, *luego a mi esposo lo corrieron de su trabajo entonces agarro uno de esos de los bici taxis pero eso es nada más al día, al día íbamos al día nada más el gasto y es lo que luego le decía: ay no está bien feo porque si algo pedía el bebé o luego que pañales antes él era que llevaba sus paquetotes de pañales y luego cuando se viene esto, no pues que en la tienda sueltos y no pues sí, y es que ahora aunque sea vamos a comer frijoles y huevo porque no nos alcanzó para… pues sí, entonces pues si de que ha llegado a pasar pues si…*
M39. -25años-2emb-7meses-amadecasa(mesera)-papás-esposo-hermanos
A veces en la casa, por ejemplo, no tengo la leche entonces aunque la quiera comprar, solamente puedo tomarla fresca, ***si mi esposo no está y no me dejo dinero no se puede dar el gusto de tomar lo que me recomiendan,*** *comprando el hierro, porque imagínate si tuvieras dinero, a veces me da 100 pesos y no más alcanza para la carne o si quiera un caldito de pollo, cubra las verduras el pollo ya no te alcanza para otras cosas buenas o que se te antojan no…*
M40. -27años-7meses-2emb-amadecasa-esposo-hijo

Fuente: Trabajo de Campo octubre a diciembre del 2012.

3.7 Reinterpretación de los mensajes médicos.

A continuación se va más allá de lo que las mujeres simplemente mencionan como recomendaciones y como prácticas alimentarias referidas durante el embarazo y se describe como las mujeres perciben a las recomendaciones médicas, si para ellas es fácil o difícil llevarlas a cabo y como dicen incorporarlo o no a su vida cotidiana. Se hace énfasis en analizar las reconfiguraciones de los mensajes médicos dependiendo de las diferentes características de las embarazadas, su edad, número de embarazos, composición familiar y situación laboral.

El rol social de las mujeres en su hogar, los sentimientos ligados a su embarazo, la situación económica, el número de hijos, trabajo y redes de apoyo determinan la forma en cómo piensan estas recomendaciones. A pesar del aparente poder hegemónico de las recomendaciones médicas, son hechos sociales lo que determina como aprecian dichas recomendaciones.

Las recomendaciones de los médicos tiene un estatus alto, lo que ellos dicen está por arriba de los saberes tradicionales, el lenguaje médico se encuentra incorporado en los testimonios de las mujeres, sin embrago a la hora de poner en práctica las recomendaciones ellas refieren hacer lo que ellas mismas creen conveniente.

Los saberes y creencias no permanecen iguales a lo largo del tiempo, sino que se van configurando y reconfigurando conforme a las experiencias e información que se va recopilando; la información puede sólo modificar las creencias sin cambiar

las prácticas (para cambiar las prácticas la información debe de ir cargada de significados), sin embrago se van creando percepciones distintas a las que se tenían, a pesar de no ser incorporadas a la práctica modifican las creencias en torno a lo bueno o malo para comer lo cual podría modificar la relación que las mujeres tienen con la comida afectando las sensaciones que se producen al comer algo (gusto, culpa, desconcierto, incertidumbre).

Fue común escuchar algunas recomendaciones de las abuelas o madres basadas en saberes tradicionales. Sin embargo cuando los mencionaban las embarazadas, algunas se reían, mencionaban frases como “según”; “no sé si sea cierto”; “mitos” o decían no recordarlos bien; otras los descalificaban rectificándolo con los saberes médicos o con percepciones propias basadas en sus experiencias. Algunas de ellas si reconocen estos saberes tradicionales como verdaderos y dicen ponerlos en práctica como es el caso no comer picante. No existe diferencia en cuanto a número de embarazos o a la edad respecto a creer o no en estos saberes tradicionales.

El picante pues a mí me dicen que los niños nacen con granitos y cosas así*… pues que no use ropa apretada* ***que no coma picante, que tome agua, que camine, que no duerma mucho, como que de esos mitos que dicen que si duermes mucho se te pega el bebé y cosas así…*** *pues yo creo que caminar sí, pero durante el embarazo el sueño me vence mucho...*

M24. -24años-8meses-1emb-casa-trabajaba-marido

El té, pues no sé si sea cierto, pero mi abuelita dice que tomar tés hace daño en el embarazo… *que no tome tanto té, si acaso uno y al mes que porque* ***como son hierbas le hacen daño al bebé y se puede salir antes…***

M21-23años-5meses-3emb-hogar-esposo-hijas

*Pues del picante mi mamá si me dice:"**no comas tanto picante porque según va a salir con muchos granitos", Y le digo: "no, no es tanto los granitos sino que el bebé pueda tener después una gastritis o algo así"…***

M29.-24años-8meses-3emb-trabajaba (camarista)-esposo-papás-hermano-cuñada

*Pues la doctora me dijo… que no comiera tanto irritante, pero si es lo picoso, debe tener a fuerzas chile… el piquín… porque me dijo que me iba a irritar el estómago, **dicen que por eso los bebés también nacen rojos pero la verdad quién sabe… mi mamá que no coma chile, que los niños nacen no se qué…***

M31. -29años-8meses-2emb-amadecasa-esposo-hija

*M37. : Que no coma mucha sal…**pues ellas dicen, ellas dicen que se hinchan los pies** (abuelitas)… pues si pero yo siento que es de que camino mucho y me canso…*

M37. -21años-8meses-2emb-hogar (trabajaba)-marido-mamá-hermanos

*Mi suegra me dice: "**lo que te hayan dicho tienes que comerlo**, **yo te voy a hacer atoles"** pero ahorita la **doctora me dijo que no es recomendable** porque sube uno más de peso entonces yo ahorita tengo que cuidarme de eso…*

M41. -29años-3meses-4emb-esposo-hijos-suegra

***Mi abuelita**… si ella me **cocinaba y me consentía mucho**, aparte me cuidaba mucho en ese aspecto… el picante era lo que más me decía que no debía de comer… **que porque hace daño o que los bebés nacen no sé cómo me decía (risas)**…*

M38. -30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

Las madres, se inclinan a querer que las embarazadas coman mucho pero también está la preocupación de que no suban mucho de peso. Aquí se da un encuentro de saberes. Estas mujeres están en continua lucha con estas creencias ¿Comer mucho? Vs ¿Comer poco? algunas a pesar de las recomendaciones quieren comer mucho y otras no quieren comer, principalmente las adolescentes (porque tienen malestares o porque no tiene hambre) o las que refieren no querer quedar "gordas" después del embarazo (esta preocupación es independiente de la edad que se tenga) y cabe mencionar que ninguna adolescente refirió no querer comer por cuestiones de control de peso, únicamente decían no tener hambre.

Como se mencionaba, a pesar del poder que tiene la palabra del médico, existen recomendaciones que no se siguen por el simple hecho de que no les resulta conveniente a sus gustos y necesidades**.** El caso del plátano que menciona M5 ejemplifica esta parte. M5 dice que la doctora le indicó no consumir plátano ya que "retiene líquidos", sin embargo ella dice comerlo cuando tiene hambre por las noches; otra embarazada dice que su médico le recomendó comer plátano para evitar los calambres.

…trato de si me da mucha hambre me como un plátano, que luego ***me dijo la doctora aquí que no debo de comer plátano porque lo que hace es que retiene líquidos entonces, pero si ya es mucha el hambre me como un plátano…***

M16 -27años-6meses-1emb-desempleada-trabajaporsucuenta-papás

Al igual que este caso en donde la embarazada menciona hacer lo que ella considera correcto incluso, si se contradice con lo que dice el médico, está otro en el que se le recomienda no comer huevo pero ella igual lo come.

…y se me antoja mucho el huevo, pero este ya también me dijeron que porque el colesterol y todo eso, ***pero yo sigo comiendo normal.***

M25. -24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

El caso de dos embarazadas que mencionan que el médico "**solo le prohíbe**" o **"no me quitó nada**" dejan ver un cierto control o poder del médico sobre sus comportamientos alimentarios, sin embargo una de ellas menciona que no lleva a cabo las recomendaciones debido a que desde su primer embarazo se ha sentido bien comiendo lo que le prohíben.

Cabe destacar quelas mujeres toman sus propias decisiones independientemente de si tienen experiencia en el embarazo o no.

No me dice que comer pero solamente me prohíbe comer chiles, salsa, no irritantes… pues yo la como igual, con mi niña fue lo mismo, ***me prohibían comer irritantes y yo los comía****… E: ¿No te sentías mal?: M37. : No…*

M3. 7-21años-8meses-2emb-hogar (trabajaba)-marido-mamá-hermanos

Bueno a mí la doctora no me quitó nada, este nada más el que no tomara y fumara…

M31. -29años-8meses-2emb-amadecasa-esposo-hija

Cuando las recomendaciones son percibidas como **difíciles, diferentes a sus gustos** generan una cierta fricción, en algunas ocasiones, las mujeres lo mencionan como algo externo a ellas, que sólo se los mencionaron y no trascendió en sus vidas, en otros casos causa molestia por escuchar lo mismo que ya saben y saber que para ellas es difícil hacerlo y no tener otras alternativas.

Las que mencionan que el médico no les dijo **nada**, refieren frases *como "no habla sinceramente" "le tengo que preguntar" "no te resuelven dudas" o "no me dicen qué"*, frases que hablan de una pobre comunicación con el médico, una relación médico paciente marcada por el poder de uno y la desconfianza y duda del otro. Sin embargo estas mujeres si mencionaron recomendaciones sobre la alimentación en el embarazo cuando inicialmente se les preguntó, dijeron cosas como:

"*comer bien… hacer 3 comidas", "mucha verdura, carne, agua, leche, fruta" "comer cada que te de hambre"* ***"comer lo que debe ser"*** *"quitar un poco sal, aceite y chatarra "comer balanceado" "no café ni refrescos", "cuidar el peso" "comer leche, queso y agua"*.

Estos casos nos demuestran que independientemente de si el personal médico emite o no alguna recomendación se tienen saberes de cómo "se deben" alimentar, estos saberes pueden ir ligados a creencias tradicionales que a pesar de tener motivos desconocidos o ignorados para la medicina (como no comer picante) no son muy distintas de las que mencionaron las mujeres que si recibieron información por parte del médico.

Destaca también el discurso de estas mujeres palabras como "he escuchado" "dicen que" "me han dicho" o "me dicen", esto deja ver las múltiples recomendaciones que llegan de diversas fuentes. Las mujeres entrevistadas en sus testimonios refieren una mezcla de saberes tantos médicos, de familiares y de mensajes escuchados en los medios de comunicación.

“Comer lo que debe de ser”

M14. -17años-7meses-1emb-casa-pareja-suegro

La alimentación sana para M14 de 17 años es “lo que debe de ser” es decir, lo sano no es ningún secreto, los mensajes de la medicina institucional se han permeado en los saberes cotidianos de estas mujeres.

En el siguiente cuadro (cuadro 26) se agrupan coincidencias sobre lo que ellas perciben como alimentos sanos.

Cuadro 26 Alimentos que las mujeres perciben como saludables.

Lo que se debe comer.

- Frutas, verduras, carne, pollo, pescado, leche, huevo, semillas, proteína, verdura verde, queso, agua , jugos, licuados, calditos, vitaminas, fibra, ácido fólico, hierro, cereal, frijoles y lentejas (solo una los menciona), cosas frescas (ensaladas, sándwich, licuados).

Lo que no s edebe comer o se debe comer poco.

- Picante, sal, refresco, café, grasa, azúcar, pan, embutidos, *cosas que engorden**, atún, carne, limón, aceite, golosinas, comida de la calle, líquidos obscuros, mucha tortilla, alimentos fríos, alimentos light, yogurt light, leche light, alcohol y tabaco (solo una los menciona).
- *Comida grasosa. Cuándo ellas mencionaban comida grasosa se les preguntó a qué se referían, lo que contestaron fué : empanizados, longaniza, pan, quesadillas, capeados.
- *Chatarra. Cuándo ellas mencionaban chatarra, se les preguntó a que se referían, lo que contestaron fué :C*hetos®,* galletas, papas fritas, palomitas, la comida con mucho chile, frutas con sal y limón y chile.

Fuente: Trabajo de Campo octubre a diciembre del 2012.

-Particularidades: A pesar de las coincidencias y de la incorporación del lenguaje médico en los testimonios (vitaminas, fibra, ácido fólico, hierro y proteínas) existen particularidades. La carne aparece en ambos rubros, tanto recomendable como no recomendable por lo tanto mientras para una mujer es saludable para otra no.

En el caso de los frijoles y las lentejas, alimentos altamente promovidos por las campañas de salud y por los propios médicos del centro de salud, sólo son mencionados por una mujer en referencia al Plato del Bien Comer.

Entre lo bueno y lo malo se mencionan principalmente alimentos y nutrimentos como las proteínas y las grasas, cuando se indaga en que es para ellas grasas mencionan preparaciones como quesadillas, empanizados y capeados.

3.7.1 Cambios a partir de las recomendaciones.

A continuación se describen los porqués de si deciden hacer un cambio en su forma de alimentarse a partir de las recomendaciones alimentarias de los médicos, familiares, amigos y/o medios de comunicación.

Se mencionó el papel que tienen los alimentos como símbolos, si un alimento significa “algo” su consumo va entrelazado de un motivo… si algo se come es porque para ese alimento alcanzó el dinero o porque es por el que se tiene un gusto o antojo, o incluso por sus propiedades nutricionales… sin embrago, como se está describiendo, no todo lo recomendado se incorpora a la dieta habitual.

Las embarazadas entrevistadas en ocasiones daban razones del porque era "bueno" o "malo" comer ciertos alimentos. Por ejemplo, la sal no se recomienda ya que hincha los pies; el picante irrita el estómago y la grasa afecta el peso del bebé.

*"Lo que no es este **café, este picante, todo lo que irrite el estómago**…"*

M27. -27años-2emb-hogar-trabajaba-esposo-hija

*"Mmmm pues nada más me han dicho **que no coma mucha grasa, porque si no mi bebé va a venir más bofito,** gordito"*

M33. -19 años-7meses-1emb-nada (trabajaba)-papás-hermano-esposo

*"Me han dicho **que café no, mm yo no le entendí muy bien al doctor pero que el café como que tiene la cafeína y eso,** me dijo que no, **puro tés o agua**…"*

Híjole yo soy de las tortillitas con sal, pero igual con poco sal porque no sé si has escuchado que comer mucha sal te produce que se te hinchen los pies y eso, entonces pues no.

M18. -26años-7meses-1emb-trabaja (limpieza)-hermana

Durante el embarazo parece ser importante comer lo recomendado aunque esto no guste o no se sienta "hambre", esto resalta cierta responsabilidad de las mujeres de comer lo que "debe ser" porque están alimentando a alguien más. Más adelante se analizará la importancia que le dan ellas a su alimentación lo cual explicará la razón de que en el embarazo se puede comer aunque no se quiera.

Cuando se les preguntó a las mujeres si habían hecho algún cambio respecto a su forma de comer a partir del embarazo todas refirieron por lo menos uno. Fueron comunes respuestas como **comer más fruta, verdura y tomar más agua que antes.**

El antojo tiene un papel central en los cambios que hagan las mujeres en su alimentación. Independientemente si el alimento o preparación a la que se refieren es considerada sana o no, influye en que lo dejen de comer, lo coman más o lo sigan comiendo, si éste se les antoja o no.

Si hacen un cambio es porque se les antoja o porque les causa aversión, lo que dijeron se les antoja fue: **frutas, agua, yogurt y galletas;** lo que algunas refieren haber dejado ya que no se les antojaba fue: **refresco, grasa, la carne, el pescado.**

***El refresco si lo tomo pero muy poco, trato de tomarlo muy poco**… **cuando se me antoja trato de comer no tanto**, si me como un platito chiquito, por ejemplo las papas fritas, esas sí con el queso amarillo ¡no bueno! Me las como si me como un plato pero hasta ahí, pero tardo, si tardo en que se me antoje ese tipo de cosas…*

M29.-24años-8meses-3emb-trabajaba (camarista)-esposo-papás-hermano-cuñada

Las frutas son alimentos que se consideran sanos y es más fácil que se les antojen o que las introduzcan a su alimentación para saciar el hambre, comer entre comidas o para sustituir los dulces, además de que resultan muy aceptables en el caso de tener náuseas o vómito.

El tomar más agua se facilita ya que tienen más sed además de que también les dijeron que deben de tomar más; una de ellas refiere “pensar más en el agua” que en el refresco, otra dice tomar agua para no hincharse, sin embargo es más difícil tomar más agua que comer más frutas, algunas mencionan que no les dan ganas de tomar agua, que las hace ir más al baño, que antes no tomaban nada de agua, incluso una de ellas asocia que bajó 1 kg durante su embarazo a que está tomando más agua; es claro que las embarazadas conocen y reconocen que el tomar más agua en el embarazo es importante. Algunas reconocen su importancia para no hincharse y muchas la introducen tratando de sustituir al refresco que les han dicho es malo tomar durante el embarazo.

*Bajé de peso, cuando inició, yo pesaba 58 antes de embarazarme, sigo pensando lo mismo, ya llevo 4 meses, subí un kilo**, lo bajé, no sé si es por tomar más agua**…*

M36-38años-4meses-1emb-amadecasa-esposo

El comer verduras también intenta ser un cambio sin embargo refleja más una obligación que un gusto por comerlas, se buscan preparaciones para hacerlas más placenteras, destaca hacerlas en caldo, cocidas, gratinadas, fritas. Al igual que las frutas, las mujeres que dicen tener más hambre dicen comerlas más o comerlas entre comidas.

Si deje de comer unas cosas y consumo otras cosas, por decir este, dejé de comer muchas grasas, chicharrones, dulces, refresco y ahorita si he consumido más agua y es lo que no consumía, sobre todo las verduras, porque no más no…

M28. -30años-7meses-4emb-casa-esposo-hijos

Una mujer embarazada dice incorporar las verduras a la dieta familiar para cuidar a su hija pequeña y evitar problemas de obesidad en ella ya que le dijeron que es una enfermedad que le deben evitar.

Sobre todo por mi niña para que, para que empiece a comer sano desde que esta chiquita, *y para que no esté ahora si con el* ***problema de la obesidad****, trato de que coma sano y pues* ***si nosotros no comemos sano ¿cómo ella va a comer sano?****... si desde que me dijeron todo eso y desde que mi niña empezó a comer tratamos de comer casi diario verduras, si sobre todo con su papá, el casi no le gustan las verduras…* ***no si cuesta trabajo con él****…*

M34. -28años-3meses-2emb.hogar-esposo-hijo

El comer más también destacó como un cambio, las mujeres dicen tener "más hambre de lo normal". Una de ellas refiere desesperación y dolor en su estómago por no comer sobre todo durante el sexto mes. Algunas refieren comer "hasta llenarse" otras intenta "moderar" el hambre, comer frutas, verduras, algunas dicen comer galletas o servirse más comida. Sin embargo también está el caso de no tener hambre relacionado al consumo de vitaminas.

No, a mi no, bueno como tomo ácido fólico y unas vitaminas para mi bebé, no me da hambre…

M23. -19años-4meses-1emb-limpieza-esposo

*Si comes más, **eso de que comes por dos yo digo que si es verdad**, yo en mi caso si como bastante o necesito estar comiendo no se fruta, le digo, casi lo que más como ahorita es **fruta, gelatinas y** eso que es lo que más me llama la atención, pero yo digo que si, **cada ratito son galletitas o así para estar comiendo como que te da hambre**, como en el sexto mes me daba un dolor acá (señala su pancita) que dicen que **es hambre dolorosa**, como que se te hace un hueco y necesitas comer porque, a mi me desesperaba no comer, llegaba a las cuatro de la tarde y yo tenía hambre aunque ya hubiera comido o cualquier cosa yo **sentía esa necesidad de comer, fruta, casi es lo que, yogurt o algo.***

M10. -29años-9meses-2emb-hogar-esposo-niña

*"Podemos comer pan pero así como que no, digamos es una **porción,** por ejemplo si desayuno ya con un pan procuro ya no cenar pan, antes del embarazo si me comía mi pan en el desayuno y en la cena, **pero ahorita procuro comerme un pan al día"***

M8. -23años-6meses-1emabarzo-amade casa-dejó de trabajar

El evitar el consumo del refresco es otro cambio. Muchas de ellas dicen haber escuchado o que alguien les dijo que no debe de tomarlo, dicen tomarlo en *menor cantidad o con menor frecuencia*, incluso haberlo dejado y *sustituirlo por agua, jugos naturales, té de canela, pero principalmente por agua*. Destaca el hecho de que refieren antes tomar *mucho* refresco "1 o 2 litros diarios" "1 litro diario" *"refresco con el desayuno, refresco con la comida, refresco con la cena"* y nada de agua. Tanto las adolescentes como las mujeres mayores de 19 años refieren este cambio. Una de ellas lo dejó porque le provoca náuseas y una de ellas ya que le dolía mucho su riñón.

***Tomaba mucho refresco**, también me puse mal de eso, porque estaba embarazada ya y me dolía mucho el riñón yo creo y **es que casi no me gusta el agua simple**, la de sabor si pero **me dicen que tengo que tomar más simple…** pues tomo pero no así tampoco mucho para que me vaya acostumbrando **y si estoy dejando el refresco**…*

M13. -21años-8meses-3emb-hogar-padre

*Tomaba mucho refresco, ahora **ya no me dejan** (risas) él.*

M25. -24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

*Deje de tomar el refresco, café, jugo, que son, jugo de naranja, toronja, ahorita **lo que me mandaron** es tomar mucha agua nada más, a lo mejor de fruta, pero fruta que no te irrite el estómago… si, de repente me he llegado a tomar a lo mejor un vaso de refresco pero nada más, no así diario, ahora sí que a lo mejor una vez a la semana un vasito…*

M27. -27años-2emb-hogar-trabajaba-esposo-hija

*Antes comía pura comida chatarra o no comía a mis horas… chetos, papas, puro refresco… un poco menos, ya no es mucho, pero ya **lo que si ya no tomo tanto es el refresco** … **un litro y medio a 2 litros**, pues ya no es mucho porque en todo un día no tomo refresco…*

M38. -17años-7meses-1emb-estudiaba-mamá-papá-hermano

… tomaba mucho refresco, mucho, **era de comer mucho en la calle,** ahorita pues ya, ya no, nada de agua, en el almuerzo refresco, la comida refresco, en la cena refresco, para nada de agua.

M40. -27años-7meses-2emb-amadecasa-esposo-hijo

La llamada comida chatarra también representa un cambio. Muchas de ellas, sobre todo adolescentes mencionan comer anterior al embarazo comida chatarra la cual refieren principalmente como *Chetos, sopas Maruchan®, Salsa Valentina®, dulces, refresco o comida de la calle- taquitos, quesadillas, gorditas, papas a la francesa, hamburguesas*- Ellas refieren comer esta tipo de alimentos ya que no tiene tiempo de cocinar, principalmente porque trabajan, o por estar en la escuela y con las amigas.

El ser adolescente y el asistir a la escuela parece influir en que las mujeres tengan una alimentación a base de "comida chatarra", lo mismo que el trabajar.

Incluso una adolescente refiere seguir comiendo chatarra aunque le han dicho que se "tenía que cuidar", algunas dicen comer menos y sustituir esta comida por frutas, verduras, agua, comer de vez en cuando, o dejarlos por completo, una de ellas refiere dejar de comer en la calle porque ya se enfermó comiendo hamburguesas durante su embarazo.

Sí, he comido más verdura porque ***antes pus como trabajo comía yo lo de la calle*** *que eran taquitos, gorditas, todo eso y ahora no, ahora pues compro más fruta, tomo más agua y verdura… … pues igual, tenemos que irnos a surtir temprano a las cinco de la mañana y luego ya este pues ya mi esposo me ayuda, que él también trabaja pero me ayuda a hacer a preparar las cosas y ya nada más me quedo a despachar…*

M30-35años-8meses-4emb-trabaja (vende flores) -esposo-hijas

…a pues mucho los tacos, las quesadillas pues un montón y ***como trabajaba siempre en restauran no me daba tiempo de cocinar,*** *llegaba y comía en la calle, ahorita pues ya no…*

M39 -25años-2emb-7meses-ama de casa (mesera)-papás-esposo-hermanos

*Yo comía bueno **aún sigo comiendo mucha chatarra**, me gustan las papas y me dijeron que no podía comer mucho de eso, que me tenía que cuidar…*

M42. -18años-5meses-1emb-estudiaba (prepa) -papás-hermanos (4)

*Antes comía bueno **siempre he comido mucha tortilla**, tengo la costumbre de comer mucha tortilla, este que **los taquitos, que las quesadillas, que tortas,** entonces ahorita ya **cero taquitos** y si se me antojan comer uno pero así muy de vez en cuando…*

*…mucha comida en la **calle compraba quesadillas** y todo eso, como **me enfermo** seguido ahorita que estoy embarazada, **ya me enfermé como dos veces por andar comiendo hamburguesas**, **ahorita las grasas como que las he dejado**… los r**efresco**s, la coca cola… no **si tomo pero ya que sea el fin de sema**na o depende de lo que vaya a comer…*

M40-27años-7meses-2emb-amadecasa-esposo-hijo

El comer "a fuerzas" agua, leche, verduras y frutas también se menciona, destaca la importancia de "cuidarse" para la salud de su bebé o incluso para mantener un peso adecuado.

*Aha, **dejas de tomar algunas cosas**, más que todo que te das cuenta de un embarazo que tiene **a tu hijo, un ejemplo la leche nunca me ha gustado y ahorita a fuerza me acuerdo de tener que tomar mi vaso,** de hecho el **agua,** tampoco casi no me gusta lo tengo que hacer…*

M40. -27años-7meses-2emb-amadecasa-esposo-hijo

El embarazo se presta a que el esposo o la pareja le ayuden a la mujer a alimentarse bien.

Dentro de los cambios que todas refieren (menos M2 que va con el bariatra quien le recomienda no hacerlo) es tomar algún tipo de vitamina o mineral- sulfato ferroso, hierro, ácido fólico, suplemento alimenticio y/o pastillas maternas.

Algunas dicen tener intolerancia hacia los suplementos, hecho que es pocas veces comentado con el médico.

Estaba tomando el sulfato ferroso y con la gastritis si me amolaba el estómago, era de que me tomaba la pastilla pasaban 10 min y vomitaba, ***lo suspendí porque me estaba afectando mucho el estómago…***

M38. -30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

Pues es que antes me las tomaba yo antes de las comidas, bueno del desayuno y si ***me provocaba mucha acidez, ahora lo mezclo para que no me provoque eso…***

M33. -19años-7meses-1emb-nada (trabajaba)-papás-hermano-esposo

Las mujeres se describen con frases como: *"cuidarme", "descuidarme" o "soy muy floja"* al hablar sobre si hacen o no las recomendaciones médica. El comer sano se convierte en una responsabilidad y en el embarazo es más común que las mujeres se "cuiden".

Más atrás se describió lo que ellas refieren desayunar, comer y cenar, a continuación se mencionan cambios referidos en los diferentes tiempos de comida conforme a lo recomendado.

-**Desayunos.** En el caso de M38, ella intenta racionar el número de tortillas para controlar el peso;

“y si tengo mucha hambre un taquito de lo que haga de comer, pero me como una tortilla o máximo dos, para poder comer otra en la tarde” M38

M38-17años-7meses-1emb-estudiaba-mamá-papá-hermano

M38 también dice tomar leche de soya o deslactosada ya que padece gastritis, el padecer gastritis la puso en contacto con un médico quien le da recomendaciones de alimentación.

M6 está tratando de disminuir su consumo de pan, sin embrago lo menciona en su desayuno pero inmediatamente se corrige diciendo que ya lo ha cambiado por fruta.

“Pues mi pan, mi… (Risas) bueno pan no… mi leche y mi fruta… M6

A M12 y a M13, les recomendaron no comer azúcar ni tomar café respectivamente, M12 disminuyó su consumo de azúcar en el desayuno comiendo pan blanco y utilizando *Splenda®* (sustituto de azúcar) cuando puede, M13 cambió el café por té de canela.

Yo namás desayuno un bolillo y un té o una taza de leche, hay veces que le pongo tantito café y trato de usar, es la azúcar la Splenda® y si se me llega a terminar pues tantita azúcar.

M12-21años-7meses-2emb-hogar-suegra-cuñados-esposo-hijo

Tomo canela con pan y ya después mi desayuno, este ayer desayuné caldo con verduras, este se me antoja mucho el pan blanco, pues es que como diferente todos los días M13 (le recomendaron no tomar café, toma té de canela).

M13-21años-8meses-3emb-hogar-padre

Lo que desayunan está sujeto a los alimentos que tengan a la mano, a lo que haya sobrado de la comida del día anterior. No se refleja un menú planeado, incluso en el caso de M2, quien tiene menús establecidos, no aclara si es lo que realmente desayuna.

-Comidas. Con respecto a la influencia de las recomendaciones médicas en las comidas, cabe destacar los siguientes puntos.

Lo que se observa con respecto a las embarazadas es que las verduras en muchas ocasiones son el plato principal, en algunos casos sustituyen a la carne y éstas se convierten en el guisado; principalmente se les incluye en caldos, es decir, la verdura hervida ó frita, capeada o gratinada en algún guiso (con o sin carne).

… Ah las verduras una sopita de verduras o una verdura al vapor y así…

Las verduras las hago gratinadas o capeadas con huevo, pero casi siempre son gratinadas

M15-19años-8meses-1embarazo-hogar-esposo

Hecho en el guisado que haga o a veces las hago al vapor

M21-23años-5meses-3emb-hogar-esposo-hijas

A veces hervidas con este gratinadas con mantequilla y queso o este ¡en guisado!

M25-24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

Pues más en caldito, o en sopa, en guisados porque ensalada casi como que no me gusta…

M30-35años-8meses-4emb-trabaja (vende flores) -esposo-hijas

La verdura hervida…

M41-29años-3meses-4emb-esposo-hijos-suegra

Los médicos les pedían regular el consumo de cereales (pastas, tortillas, pan) éstas mujeres suelen acompañar su comida de tortillas, la comida al estar muchas veces compuesta solamente por un caldo y un guisado (carne con verduras o sólo verduras) las tortillas se convierten en parte importante de la complementación, Nicod diría que es un alimento nuclear, difícil de sacar la dieta habitual. M15 dice comer muchas tortillas *"con tortillas si, muchas… M15";* sin embrago también existe la intención de seguir las recomendaciones médicas y moderar su consumo, como M31 que dice lo siguiente:

Una o dos tortillas… no como muchas harinas

M31-29años-8meses-2emb-amadecasa-esposo-hija

Aquí cabe destacar la idea o creencia de que las harinas engordan (las tortillas de maíz incluidas en esta categoría).

Las verduras se mencionaron en muchas ocasiones, son alimentos reconocidos como buenos y tratan de incluirlos con mayor frecuencia ahora en sus comidas. Cabe destacar que las verduras no suelen ser muy aceptadas por los hombres, pero ellas como encargadas de la preparación de la comida las incorporan.

"Verduras aunque a los señores no les guste mucho"

M25-24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

O el caso de M2 en donde su esposo (argentino) no acostumbre a comer verduras pero ella sí y procura comer muchas verduras.

El pescado es un alimento que según los testimonios, lo médicos recomiendan y que se concibe como, sin embargo sólo una de ellas menciona comerlo.

En sus testimonios dos de ellas destacan cambios como M27 quien dice dejar de comer jitomate en los guisados (ella refiere a lo largo de la entrevista evitar irritantes y el médico le dio una hoja con lo que debe de comer) también dice haber dejado de consumir chile.

Algunos de los conocimientos tradicionales que se encontraron fueron los siguientes; M4 está aprendiendo a cocinar, a ella su mamá le dice que si el guisado es seco se le agrega una sopa M33 y M4, quién menciona como características las preparaciones de guisos hechas en Xochimilco.

"Este… pues siempre tienden a hacer aquí en Xochimilco muchos guisados, ¿no?… carne de puerco, carne de res en algún chile con papas, este o con nopales, no sé, queso..."

M4-17años-6meses-1emb-estudiaba-esposo-familia-abuelos

El estar embarazadas o no, sólo parece influir en el caso de M33 y M4 quienes evitan el jitomate y chile respectivamente y en M34 quién refiere muchas náuseas, por lo que dice comer solo té y verduras.

-Cena. Como ya se mencionó el comer ligero por las noches responde a que si lo hacen de otra forma tienen problemas para dormir o se sienten "pesadas", también lo relacionan al control de peso (cenar ligero para no subir de más).

M44, quién sufre de problemas de inflamación dice lo siguiente:

"Igual trato que sea muy ligero porque en la noche también tiendo a inflamarme entonces no puedo dormir, tons trato igual un vasito de leche, un pan tostado y si tengo hambre ***un taquito de algo pero ya sin tortilla,*** *un pedacito de comida y eso o luego yogurt Activia® porque también no deja que me inflame, entonces compro Activia® o una, mi hijo trae de la escuela de su desayuno las barritas que le dan de integrales o algo así, esas me caen muy bien, entonces ya sabe mi hijo que me las guarda o sus compañeritos que no quieren se las dan a él y ya me las da…*

M43-30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

Destaca la frase de *"un taco sin tortilla"* o *"un pedacito de comida"* o la idea de que el yogurt Activia® ayuda a "que no te inflames" frases que reflejan la influencia de las creencias promovidas por la medicina y los medios de comunicación en donde las tortillas engordan y el yogurt ayuda a la digestión, o a "no inflamarte" (así es como se enuncia en la televisión).

En cuanto a las regulaciones dietéticas, algunas de las embarazadas parecen lidiar con el consumo de pan; vuelve a aparecer la idea de que las “harinas engordan”. Ahora es M4 quién nos dice que aunque sabe que las harinas no son buenas en la noche porque se quedan en la cadera, a ella le cuesta trabajo y cena pan; o el caso de M25 quien reconoce comer “mucho pan”, para M25 las recomendaciones médicas suelen ser las mismas siempre, ella sigue comiendo sal, conoce las “recomendaciones” pero ella refiere seguir comiendo “normal”.

Ahí si me cuesta mucho trabajo porque no se, es pan, y sé que no debo de comer pan después de las 6:00 de la tarde porque se te van quedando las harinas (señala sus caderas) entonces ya tu cuerpo no las, no las procesa igual que en día, porque ya no haces nada… pan con leche…

M4-17años-6meses-1emb-estudiaba-esposo-familia-abuelos

Como a las 7:00 tomo café o leche y pan, ¡como mucho pan!...

M25-24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

Retomando lo que nos dice M4, recordamos que su tía es nutrióloga y también le ha dado recomendaciones de cómo debe comer *-primero las verduras y luego la carne para una mejor absorción de los nutrientes-.*

-Colaciones. Las recomendaciones dietéticas influyen en las colaciones, ellas dicen preferir comer frutas a algún otro tipo de “antojos” considerados no saludables (papas, chatarra, etc.) además como las frutas son consideradas alimentos frescos son del agrado y de fácil aceptación para ellas.

M29, quien tiene hijos pequeños se enfrenta además a los de sus hijos; ellos le piden Chetos®, pero ella dice que intenta cambiar los Chetos® por algo que les nutra, entonces mejor les compra *algún yogurt o un Yakult® o flan o galletas.* M43 dice comer como colación lo que el doctor le recomendó:

"Me como un manzana o me como un yogurt deslactosado o una gelatina… entonces tengo que comer, es lo que me recomendó el doctor, puedes comer entre comidas pero no tortilla no cosas que… una frutita, algo ligero…

M43-30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

El yogurt (deslactosado, Yakult® y otros tipos), las galletas y las frutas se consideran como alimentos que complementan la alimentación o alimentos que pueden sustituir a la comida *chatarra.*

3.7.2 Motivaciones y barreras para el cambio de comportamientos alimentarios.

Una vez mencionados los cambios que refieren a partir de las recomendaciones y, se describen las principales barreras y motivaciones que las llevan a hacer un cambio alimentario. Esto es relevante ya que las recomendaciones nutricionales pocas veces analizan las dificultades o barreras con que se puedan encontrar en la vida cotidiana de las mujeres.

Pero no todos los cambios son por el simple hecho de querer comer más sano. El embarazo, más allá de la cuestión ligada a la salud, trae consigo cambios que orillan a las mujeres a modificar su forma de comer, por ejemplo algunas refieren haber disminuido o aumentado el consumo de algunos alimentos porque:

Tabla 27. Razones por las que las mujeres modifican sus consumos alimentarios.

Tienen náuseas, acidez, eructan con la grasa.
Tienen mucha hambre o poca hambre.
Se sienten inflamadas.
Les duele el riñón.
Tuvieron alguna enfermedad o buscan prevenir otra de las que saben tienen riesgo como preeclampsia y/o descalcificación.
Determinados alimentos les irritan el estómago.
Sienten atracción por lo frío.
Las frutas y verduras les "caeN bien".
Les da más sed.
Se sienten mejor con su nuevo comportamiento alimentario o buscan sentirse bien.

Fuente: Trabajo de Campo octubre a diciembre del 2012.

La forma en que se come, los alimentos que se prefieren, los que no, los antojos, los horarios en los que se hacen las comidas, lo que se compra, es decir, todo el hecho alimentario está determinado por la cultura a la que se pertenece, por el acceso que se tiene a los alimentos, a la influencia de la industria alimentaria y también por las relaciones sociales que se establecen alrededor del hecho alimentario. El que una recomendación se califique como fácil o difícil dependerá de la forma en que se acomode a la dinámica de la vida cotidiana.

Si los comportamientos alimentarios cambian, quiere decir que existen modificaciones en el ambiente social y económico. El comer un alimento implica que gusta y que se tiene acceso a él (influencia del ambiente, los medios, de las personas que nos rodean, de la nutrióloga, del médico). Una recomendación

nutricional puede no adecuarse al patrón de la vida cotidiana de las mujeres a sus símbolos y significados y su puesta en práctica puede resultar complicada.

Cuando las mujeres embarazadas refieren que una recomendación es difícil es porque requiere un esfuerzo o una modificación a la vida cotidiana, muchas veces tuvieron que cambiar su comportamiento alimentario a raíz de los malestares propios del embarazo (náuseas y /o vómito), de una enfermedad o de sentirse mal, es común que se les antojen los alimentos "prohibidos" o no les gustan los recomendados.

-Barreras. El preparar una dieta *sana*, en donde se incluyan frutas, verduras, que deben ser higiénicamente tratadas, es decir lavadas, desinfectadas, cortadas y preparadas, es una tarea que requiere organización y tiempo. Muchas veces se les pide hacer algunas combinaciones específicas de frutas y verduras, preparar jugos, ensaladas o verduras (principalmente las mujeres entrevistadas prefieren las verduras en guisos, sopas, caldos, gratinadas, salteadas). Si ellas no tienen tiempo suficiente para hacer esto se convierte en algo complicado o una práctica que sólo hacen cuando pueden, pero no pasa a formar parte de su alimentación cotidiana como lo desearían los médicos.

…No es lo mismo que yo llegue y me compre no sé 1 kg de tortilla y un kilo de carne y lo ponga a hacer, hay veces que para hacer la ensalada en lo que te lleva desinfectar todas las verduras, limpiarlas y todo es como 1 hora y media, ya en eso ya hiciste tu kilo de bisteces y te los comiste con unas tortillas…

O para hacer el jugo tiene que desinfectar, pelar, extractar, licuar, y luego tienes un montonal de trastes para lavar, entonces ***es difícil pero tú sabes que es difícil pero todo lo bueno cuesta.***

A lo mejor por el estilo de vida que llevamos no puedes hacerlo al 100 por ciento porque ***yo no me la puedo pasar todo el día en mi casa tomándome los jugos ¿no?****…entonces los sábados y domingos que estamos en la casa, tratar a lo mejor de hacer, ¿no? o luego en vacaciones como que tomamos así un periodo de una semana para hacer los jugos…*

M2 -28años-8meses-1emb-trabajaba-esposo-papás-hermanos

Las mujeres que refieren o refirieron trabajar, ven al tiempo como un determinante en la dedicación a la preparación de los alimentos. Ellas pueden tener la "intención" de llegar y preparar una cena o comida "saludable" sin embrago el cansancio de las horas trabajadas, de los trayectos tomados y además el hambre, les impiden hacer una planeación "como quisieran"; la comida de la calle al estar disponible la mayor parte del tiempo y ser a accesible geográfica y económicamente, se vuelve la opción a la que más recurren, en estos puestos callejeros dicen comer quesadillas y taquitos principalmente, los cuales asocian a comida grasosa.

Asimismo las adolescentes que iban a la escuela antes o durante su embarazo así como las mujeres que trabajan o trabajaban parecen no encontrar alimentos sanos y los *Chetos®*, chicharrones, papas, las sopas *Maruchan®*, el refresco… es decir: "*comida chatarra, chácharas o comida que engorda"* forman parte de su dieta cotidiana.

Pero una vez al mes 15 días no que antes era diario, diario comida en la calle diario, diario… la verdad si es muy complicado*… Pues yo como mi trabajo me absorbía todo el día de 8 de la mañana a 8 de la noche, no…* ***que si uno se lo propone pues si no,*** *se mete su mandado y* ***puede llegar en la noche a hacer algo ligero****, pero yo trabajaba allá por la plaza de toros y era demasiada gente y lo que* ***yo quería era llegar a acostarme, salía luego a las 8, en lo que me***

trasladaba para acá 2 horas, las 10 no ya, pasaba por unas quesadillas, comía me bañaba y a acostarme era todo y *en el* ***trabajo luego no daba ni tiempo de almorzar****, entonces y si ay mujeres que trabajan y tiene tiempo pues mejor llegar a hacer comida que comer en la calle…*

M39. -25años-2emb-7meses-amadecasa (mesera)-papás-esposo-hermanos

Este las que no trabajan si tienen tiempo de hacer comida más sana, y comen a sus horas, y uno que trabaja no…

M30. -35años-8meses-4emb-trabaja (vendeM40es) -esposo-hijas

El dejar de comer las cosas que gustan por motivo de una recomendación médica quiere decir que la salud está de por medio. Esto implicará hacer un esfuerzo por modificar los comportamientos que se perciben como no deseados o dañinos para la salud del embarazo (madre, hijo, madre-hijo) y a los cuales no están acostumbradas; esto implica una especie de obligación y renuncia a la costumbre, lo cual se percibe como difícil. Incluso se mencionan incomodidades como el tener que ir al baño con mucha frecuencia por tomar tanta agua. Para una mujer que trabaja o sale a la calle con frecuencia se puede volver algo complicado.

Tomar agua porque tienes que estar ahí y ***cada rato vas al baño, y cada rato vas al baño, entonces como que si es pesado y más si sales a la calle****…* ahorita ya no tanto pienso más el agua que en el refresco…

M14. -17años-7meses-1emb-casa-pareja-suegro

Si… luego si le digo a mi mamá se me antojan… ***y yo bueno****; pero si el que me consiente mucho es mi esposo a lo mejor dice ay pues porque se le antoja,* ***pero yo sé que no puedo****.*

M39. -25años-2emb-7meses-amadecasa (mesera)-papás-esposo-hermanos

El haber padecido una enfermedad antes del embarazo (enfermedad de la vesícula), padecerla (gastritis, estreñimiento), tener riesgo (preeclampsia) o referir síntomas como náuseas y vómito durante el embarazo, implica que las mujeres se sientan mal, esto genera molestias a la hora de comer. Sin embrago refieren hacer un esfuerzo para modificar sus prácticas.

Me cuesta mucho, por lo mismo de la gastritis *tengo como la comida hasta acá (señala su garganta) y pues me dice que tengo que comer aunque me cueste* ***trabajo porque necesito subir de peso y la bebé tiene que también tener buen peso.***

Presionada pero pues se preocupan también por mi… pues si trato de hacerlas pero no, no es fácil por lo mismo de la gastritis púes me cuesta mucho trabajo… soy remilgosa pero pues **tengo que comer a fuerza** entonces si obviamente **me cuesta mucho trabajo, mucho**.

M4 -17años-6meses-1emb-estudiaba-esposo-familia-abuelos

Pues un poquito ahorita rara vez que como algo irritante, igual rara la vez que tome refresco algo así siempre tomo agua… pues tampoco pero antes si era un poquito más, **cuando me iba a la escuela me compraba mi coca de lata y ya me la tomaba y era feliz pero pues mira… todo lo que me trajo eso…** ahorita ya no, **pues la verdad no se me hace difícil porque ni se me antoja ni nada de eso…**

(***Enfermedad de la vesícula, tuvo un aborto, "comía un buen de grasa")***

M11-17años-6meses-2emb-en mi casa nada más-estudiaba enfermería-pareja-suegros

Me dicen que tengo que tomar más simple… *pues tomo pero no así tampoco mucho para que me vaya acostumbrando…*

M13. -21años-8meses-3emb-hogar-padre

Es que cuando veo así cosas vómito, luego luego voy al baño…

M23. -19años-4meses-1emb-limpieza-esposo

Solo me dijeron que comiera más… se ***me complica porque luego ya no me da hambre y ni modo, tengo que comer***

M44. -19años-5meses-1emb-esposo-suegros

El tener náuseas y vómito influye en que las mujeres dejen de comer alimentos muy grasosos y/o muy dulces, ya que son sabores que con frecuencia provocan malestares; en estos casos es más fácil que prefieran tomar más agua y fruta, que son alimentos que suelen "caer bien" cuando hay estos problemas, volviendo fácil incorporar recomendaciones tan frecuentes como las de tomas mucha agua y comer más fruta.

*Es que también **al principio lo dulce me daba asco,** muchas cosas dulces o saladas me daban asco, entonces prefería mejor el agua simple ya me había acostumbrado a tomar…*

(Antes solía comer cualquier cosa en la calle)

M24. -24años-8meses-1emb-casa-trabajaba-marido

"Hay que ser tenaces y tener fuerza de voluntad"

El dejar de comer "comida chatarra" referida por ellas como *papas, chicharrones, refrescos, dulces*, se vuelve todo un reto cuando estos alimentos forman parte de los hábitos alimentarios cotidianos y además son alimentos que se antojan y gustan mucho, están ligados a sentimientos de placer y agrado.

En las adolescentes es más común que consuman este tipo de comidas, sin embargo suelen ser del gusto de todas las edades. Dejar de comer estos alimentos se ve como algo momentáneo o pasajero, enfocado a saber que no son buenos para el bebé.

Estos alimentos al encontrarse en todos los alrededores y formar parte del paisaje alimentario de las mujeres hace que se vuelvan más tentadores y difíciles de dejar.

*… a veces si se me antojan… (¿Qué haces si se te antojan?)-... **me pongo a pensar en mi bebé y ya sé que es por su bien…***

M6. -18años-5meses-1emb-casa-trabajaba-pareja

Me gustaban mucho comer las ***papitas con sal, la fruta con chile*** *y todo eso si…*

*¡**Ay sí!, no pues ya después podré comer**… ...no porque pues **tan solo salimos y nos llega el olor de las quesadillas, de los taquitos y pues si se antoja no**, pero creo que a la larga si es un beneficio para nosotros mismos, entonces aunque cuesta un poquito de trabajo pues hay que hacerlo… pues hay que echarle ganas nada más, hay que ser tenaces y tener fuerza de voluntad porque si no es fácil…*

M34. -28años-3meses-2emb.hogar-esposo-hijo

Bueno es que ***no se lo primero que pienso es ir a comprar unas papas****… que* ***ya no coma tanta chatarra****, este…* ***me cuesta mucho trabajo****…*

M42. -18años-5meses-1emb-estudiaba (prepa) -papás-hermanos (4)

"Las cosas que te prohíben es lo que más buscas"

Otra razón que dan para percibir como difícil una recomendación es que no les gusta lo que les dijeron que deben de comer, en el caso anterior vimos que aunque pareciere difícil al principio si lograban acostumbrarse, sin embargo hay quienes no logran acostumbrarse y al contrario parecen estar más atraídas por lo "que se les dice" no deben comer.

No porque no soy así para tomar mucha agua*, más simple no, la verdad no, pues de sabor, hemos estado tomando agua de sabor, de frutas, porque tampoco me gusta la de los sobrecitos, y este pero no, si me cuesta trabajo porque no me gusta el agua…* **pero no falta que los taquitos que eso, lo que se te vaya antojando y pues ya… pues casi son las de puerco las que más**

nos atraen, los taquitos, los dichosos taquitos, soy muy muy llamada a la atención a comer eso.

M10. -29años-9meses-2emb-hogar-esposo-niña

El café si me ha costado muchísimo trabajo dejarlo la verdad yo no sé porque pero son unas ansias *de que a fuerzas le tengo que echar café…*

M12. -21años-7meses-2emb-hogar-suegra-cuñados-esposo-hijo

De por si ***yo como mucha sal, soy mucho de comer sal, entonces ahora pues si me cuesta un poco de trabajo…*** *te digo que es difícil, porque a veces las cosas que te prohíben es lo que más buscas…* ***quedarse quieta***

M25. -24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

Pero pues ***si te cuesta trabajo porque a mí no me gusta la carne****…*

M31. -29años-8meses-2emb-amadecasa-esposo-hija

Dos de ellas refirieron la cuestión económica enfocada al acceso de alimentos como una barrera.

Pues cuando lo hay, ***cuando se puede…****pues si, como soy mamá soltera, entonces…*

M18. -26años-7meses-1emb-trabaja (limpieza)-hermana

Esta mujer sin embrago, refiere tener mucha hambre, antojos casi no, pero si más hambre de lo normal.

Motivaciones.

Cuando el modificar una práctica trae consigo sensaciones de bienestar inmediato es fácil su incorporación.

"Mucho mejor, cuando cambié mi hábito si *y me empecé a dar cuenta, por ejemplo yo decía: ¿cómo la tortilla me va a inflar? ¡Claro que no! ¡O sea quien dice eso! Y si, disminuí el pan y la tortilla y vi el cambio en mi estómago y ahorita me sobrepaso de eso y otra vez vuelve, entonces dije si, si es, si tiene razón…"*

M38. -30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

Yo creo que son fáciles, mientras te guste*, por ejemplo a mí las frutas me gustan mucho, mucho, ya ahorita en los últimos meses si he estado comiendo mucho**,** las verduras las hago gratinadas o capeadas con huevo, pero casi siempre son gratinadas.*

M15. -19años-8meses-1embarazo-hogar-esposo

"Yo antes no comía carne porque no me gusta la carne, ***desde que me embaracé ya como más carne y me gusta"***

M16 -27años-6meses-1emb-desempleada-trabajaporsucuenta-papás

Ha sido fácil y me he sentido bien*… esta fácil. (Dejó de comer comida que le irritaba)*

M27. -27años-2emb-hogar-trabajaba-esposo-hija

… se siente uno mejor, *que no te se sientes que te duelen los riñones ni nada, al contrario, es mejor…*

M37. -21años-8meses-2emb-hogar (trabajaba)-marido-mamá-hermanos

Refresco no, no soporto el gas… ¡ahorita! *Antes uhh tomaba diario, diario refresco y ahorita ya no soporto el gas, entonces no desde que me embaracé dejé el refresco, esta agua natural es lo que más tomo, o cuando tengo antojo de algo dulcecito me compro los ADES® y esos también me caen muy bien y me siento bien…*

el que tu veas la mejoría, que tu realmente necesitas sentirte mal y hacerlo para que sentirte bien y dices: híjole si puedo sentirme bien porque no esforzarme un poquito ¿no?, *entonces por ejemplo me encantaban los taquitos de la esquina de mi casa, donde que aquí hay muchos, me encantaban, me encantaban, y yo decía ay ¡no!*

M38. -30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

El doctor me ha ido indicado bien, buenos consejos, *me ha ido diciendo, por ejemplo el cuarto mes, me dijo es importante que comas verduras verdes, come mucho frijol, lentejas, así granos y dice, eso es muy bueno, pues trataba de seguir sus indicaciones…*

Si, hice muchos cambios porque antes era de, como descuidarme un poco más o no comer más a mis horas y ahora sí, también más sano quitar las harinas, el azúcar, la sal y si más verduras lo que me va recetando el doctor… ***es fácil, de hecho no me cuesta mucho trabajo,***

M17. -30años-7meses-1emb-trabaja-pareja

“Es cuestión de acostumbrarse… aguantarse las ganas”

La costumbre, es decir, hacer repetidamente un hábito, hace que se convierta en parte de la vida cotidiana, si se logra la costumbre ya no es difícil hacer algo. La pregunta es ¿cómo llegan a acostumbrarse ciertas mujeres a un nuevo hábito y por qué otras no?

Durante el embarazo, como ya se había mencionado, por el hecho que implica alimentar a otro ser, es factible que se coman alimentos “a fuerzas” ya que saben que traen beneficios para su bebé, los mencionados son frutas, verduras y agua.

*Pues yo digo que no es tan difícil pero si **hay cosas que no te gustan y que va a ser difícil comer** y llevar una buena alimentación, por ejemplo a mí si se me hizo un poquito fácil con tanto con las verduras y todo eso se me dificultó mucho porque **yo no estaba acostumbrada a comer eso, siempre estaba acostumbrada a que la Maruchan®** y así todo eso no, pero pues ya ahora sí que ya me acostumbré…*

M7. -17años-6meses-1emb-ama de casa-estudiaba. Esposo-suegros-cuñado

*No pues todo se me hace fácil, **pues ya me acostumbré y ya, al principio si decía ¡ay! pero ahorita ya no.***

M11-17años-6meses-2emb-en mi casa nada más-estudiaba enfermería-pareja-suegros

*Pues es cuestión de **acostumbrarse** nada más, pero la cuestión de las frutas y verduras ya las comía desde antes…..**…** si a veces se me dificulta un poco porque hay veces que no me daba hambre antes… antes no comía mucho, nada más comía dos veces al día…*

M38. -17años-7meses-1emb-estudiaba-mamá-papá-hermano

Para otras fue fácil porque ya estaban acostumbradas a los hábitos que sugerían las recomendaciones, sobre todo desde niños porque su mamá los acostumbro.

Como mi mamá ya tiene muchos años con lo de la diabetes pues ***desde que éramos muy chicos nos acostumbró al agua*** *no hacerla tan dulce, a la comida no echarle tanta sal y cosas así…*

M8. -23años-6meses-1emabarzo-amade casa-dejó de trabajar

He tomado agua, hasta eso ***mi mamá nos acostumbró siempre a tomar agua.***

M19. -16años-7meses-1emb-estudió (prepa)-esposo-mamá-hermano

Por ejemplo de ***chile casi no comía****, de la sal por mismo que por ejemplo* ***que mamá nos acostumbró a no comer*** *con mucha sal entonces se me hace así son como* ***que cosas que me prohibieron pero que no extraño porque nunca las he consumido tanto…***

M8. -23años-6meses-1emabarzo-amade casa-dejó de trabajar

Con mi ***mamá así comemos, comemos más pescado, atún que carne roja, caldito de res o eso…-*** *si de hecho no nos da así que pura carne, si mete de todo… las verduras me* ***gustan cocidas que vienen en el caldo de pollo,*** *son suavecitas y conservan así su sabor, a mi me gusta más así…*

M33. -19años-7meses-1emb-nada (trabajaba)-papás-hermano-esposo

En algunas ocasiones las embarazadas dijeron que lo que les recomendaban coincidía con lo que ellas sentían, es decir, si les decían que comieran más ellas coincidían en tener más hambre, o si la recomendación era no comer mucho, ellas no tenían hambre, o si era comer cierto alimento, ellas sentían antojo por dicho alimento, esto hacía fácil llevarlas a cabo.

*Hasta **eso me da mucha hambre…** antes comía a la hora que yo quería, entre amigas, me iba primero a fiestas y no comía bien, y ahorita ya…*

M19. -16años-7meses-1emb-estudió (prepa)-esposo-mamá-hermano

*Es que como que últimamente, como te explico, **me siento como muy llena**, así no se, entonces como que si me satisface entonces, entonces **no es necesario seguir comiendo lo que comía**…*

M28. -30años-7meses-4emb-casa-esposo-hijos

El refresco si lo tomo pero muy poco, trato de tomarlo muy poco**… **cuando se me antoja trato de comer no tanto**, si me como un platito chiquito, por ejemplo las papas fritas, esas sí con el queso amarillo ¡no bueno! Me las como si me como un plato pero hasta ahí, **pero tardo, si tardo en que se me antoje ese tipo de cosas…

M29.-24años-8meses-3emb-trabajaba (camarista)-esposo-papás-hermano-cuñada

*Tomo más ahorita, es más fácil porque si **no puedo tomar refresco porque siento que me inflamo**, si es más fácil tomar agua, si antes tomaba más refresco… si es muy poquito lo que tomo … -¿se te hace fáciles de hacer?: pues sí, porque si estoy como que muy disciplinada en el embarazo, eso sí…*

M35. -23años-6meses-1emb-estudiante-papás

“Es cuestión de que uno quiera”

Una vez más ellas mencionan que cuando se tiene la voluntad de hacer el cambio se puede hacer – aunque ellas refieren alguna poderosa motivación como es el caso de una enfermedad o un aborto previo.

*Yo digo que **si es fácil nada más que uno quiera porque** yo pues antes tomaba mucho refresco y ahorita pura agua casi **refresco no por el azúcar casi no**, **luego si hasta luego mi hermano se queda así, porque compro agua y tomo y tomo, estas chistosa dice**; sabes que se me antoja mi agua pero simple, nada de sabor pura simple le digo, **nada más es cosa de que uno quiera dejar el refresco y ya le digo, pero de que se puede se puede… (Refiere amenaza de aborto)***

M39. -25años-2emb-7meses-amadecasa (mesera)-papás-esposo-hermanos

3.7.3 Características de las mujeres que influyen en la percepción de las recomendaciones.

La forma en que se dé el encuentro de saberes, las barreras y/o motivaciones mencionadas y los cambios dependerán de características particulares de las mujeres como; su edad, número de embarazo, composición familiar, situación laboral y de la percepción que ellas mismas tengan de su embarazo y de la salud. A continuación se analizan las características que influyen en la forma de percibir las recomendaciones alimentarias.

Número de embarazos.

17 mujeres ya tenían más de un embarazo, ellas refieren que cada embarazo es distinto; los sentimientos, incertidumbres, molestias y situaciones cambian de uno

a otro. Todas estas diferencias suelen ser, principalmente debidas a las molestias que presentan; indistintamente de si es el primero, segundo, tercero o cuarto embarazo, en alguno puede haber más náuseas y vómitos que en otro, incluso más cansancio; esto tiene implicaciones en su alimentación, ya que hay embarazos en los que refieren haber comido muy poco –*en estos casos lo que mejor aceptan son frutas, caldos y alimentos líquidos*- y otros en los que sienten mucha hambre e incluso comen "platos dobles". En algunos embarazos los o las médicos les dicen que son de alto riesgo y que deben tener un mayor reposo; ó les diagnostican algún padecimiento como presión alta o gastritis, según lo que dicen, esto también tiene implicaciones en su forma de comer ya que suelen sentirse mal y comer menos "comida".

Fue muy diferente, el fue de alto riesgo , el primero… pues casi era así que caldito de pollo, caldito de verdura, nada más, no podía comer otra cosa, y siempre tenía que estar en reposo, o sea como que no se me antojaba tantas cosas y era de puro este náuseas, vómito… y del segundo, pues ahorita pues al principio igual fue con las náuseas, vómito pero ahorita ya no… ***ahorita ya no, ahorita ya si acepto de todo (risas) si…***

M3- 26años-5meses-2emb-hogar-esposo-hijo

Era igual… el segundo comía más, comía de todo, de él sí, del primero no comía nada de carne, me daban muchas náuseas…

M13-21años-8meses-3emb-hogar-padre

Con el primero comía de todo, también comía picante, hasta la fruta que le echaba chilito, no tuve con lo de la gastritis pero ahora si… *si porque me dolía mucho lo que era la boca del estómago y tenía muchas agruras por eso me cambiaron la alimentación… si, el otro era más tranquilo y* ***ahora es más complicado****, ya tuve una amenaza de aborto y ahorita si tengo que cuidarme más…*

M27-27años-2emb-hogar-trabajaba-esposo-hija

…más nauseas, más antojos, yo sentí que subí mucho de peso, y si tuve unos problemas de vómito y ahorita casi no… *no pues me dieron medicamento para las náuseas, de hecho sufrí más de la presión de mis otros hijos que de éste… como antojos así náuseas, nada que ver con mis otros hijos…*

…casi me dicen lo mismo… que no debo comer grasa, chile, pues si lo sé peor no lo tomo a mal, todo para bien…

M28-30años-7meses-4emb-casa-esposo-hijos

Con mi niña dejé de trabajar a los cinco meses, con este dejé de trabajar a los tres, he sentido más molestias, me canso más, se mueve más, más dolores y así…

M37-21años-8meses-2emb-hogar (trabajaba)-marido-mamá-hermanos

Son distintos*, en el otro era mucho picante, muchas papas con salsa, así mucho picante, ahorita casi nada, nada más lo dulce… gustan las quesadillas, los tacos dorados, todo lo que lleva mucho aceite me gusta entonces todo eso ahorita me lo prohibieron, en el* ***primer embarazo también me lo prohibieron mucho, la sal, en el primer embarazo se me hinchaban mucho los pies****,* ***pero***

mucho mucho, en este no, *como casi sal no, pues casi no se me hinchan en el primero si se me hinchaban mucho y me daban muchos calambres…*

M39-25años-2emb-7meses-amadecasa (mesera)-papás-esposo-hermanos

En el caso de M11 en el que su primer hijo murió y en el de M12 a quien tuvieron que practicarle un legrado, implicó que en este su segundo embarazo intentaran cuidarse más y alimentarse mejor.

… pues como un poquito diferente, ***me alimento mejor, en el otro pues no me alimentaba así muy bien la verdad****, pues estaba bien baja de peso, ahorita si ya me estoy alimentando mucho mejor* ***comía muy poquito, desayunaba super tarde y comía muy tarde también***

(Ella menciona más adelante que su primer hijo murió.)

M11-17años-6meses-2emb-en mi casa nada más-estudiaba enfermería-pareja-suegros

En el primero si fue muy diferente porque en ese ***entonces si trabajaba*** *yo y este pues en si cuando me embaracé ni siquiera sabía, me hice un ultrasonido y me habían dicho que no se escuchaban sus latidos porque a lo mejor estaba muy pequeño… y luego pues ya a los 3 meses empecé a tener sangrado, entonces me llevó mi esposo de emergencia* ***y me tuvieron que realizar un legrado****… pues bueno me di cuenta de mi embarazo al primer mes,* ***pero como trabajaba yo, ahora sí que andaba de allá pa acá y no comía yo bien y pues mucho cuidado pues también no tuvimos, por lo mismo que no sabíamos muchas cosas bien, entonces pues por eso…***

M12-21años-7meses-2emb-hogar-suegra-cuñados-esposo-hijo.

Ellas en sus testimonios mencionan a la mala alimentación y a la falta de cuidado como posibles causas. Para M12 el no haberse enterado desde el principio que estaba embarazada y el haber seguido trabajando implicó que no se cuidara lo suficiente, que no comiera bien. Para M11 el comer poco y muy tarde implicó malos cuidados.

Para M10 y para M11 en el primer embarazo las personas les brindaron más apoyo, M10 menciona que en el primer embarazo "todo mundo te cuida" para ella esto implicó comer más "sano" ya que dedicaba más tiempo a cuidar su alimentación e incluso refiere que "le acercaban comida" y le alejaban lo que no era adecuado. En este su segundo embarazo, el ya tener que cuidar a su hija le implica menos tiempo para ella, tener que *comer rápido y lo que sea* porque tiene otras obligaciones "*la vida es más complicada*" menciona.

El ya tener un hijo implica cambios en las dinámicas cotidianas, para M29 la planeación de los menús diarios y las compras relacionadas a la comida giran alrededor de lo que sus hijos van a comer, ella al igual que M10 mencionan comer de lo que come toda la familia. Esto deja ver que existe cierta creencia de que llevar una alimentación "sana" es distinto a la alimentación cotidiana y solamente a la persona a la que se le están indicando dichos cuidados debe hacerla; esto implica que cuando los médicos dan recomendaciones y las mujeres intentan seguirlas hay una ruptura con la sociabilización y dinámica en torno a la comida familiar, lo que haría más complicado llevarlas a cabo, los médicos y nutriólogos deben de procurar brindar educación nutricional de forma conjunta e integral a todos los miembros de la familia para evitar estas creencias y percepciones.

… en el primer embarazo, en el caso de mi niña era la primera nieta, ***entonces todo mundo te cuida y*** *te acerca la comida y nada más come esto porque te hace daño y ahorita no…*

A veces que por llevarla rápido a la escuela, o ir al trabajo o "x" cosa pues ya no te da tiempo de hacer bien la comida entonces comemos cualquier cosa para rápido… corres para acá corres para allá y ***ya no es como el primer embarazo donde es más tranquilo*** *y nada más tiene cosas, ciertas cosas que hacer, no es muy complicada tu vida…*

M10-29años-9meses-2emb-hogar-esposo-niña

…lo primero que hago es tomar un vaso de licuado, a mis dos chiquitos les doy licuado, les pongo que el azúcar, este, vainilla y su plátano, le gusta mucho el plátano a mis hijos… si de ahí tomamos los tres, bueno ya los cuatro.

… como era primeriza sufría horrible, entonces lo que hice fue ponerme fomentos de agua tibia y así o cuando ya sentía que se me reventaban los pechos de la leche me ponía agua fría, y me empezaba a exprimir y pero no lo tiraba,

M29. M29-24años-8meses-3emb-trabajaba (camarista)-esposo-papás-hermano-cuñada

M30 y M40 refieren que cada vez se va aprendiendo más de lo que dicen los doctores; M40 en su primer embarazo tenía 16 años, para ella esto implicó el tener poca información. Sin embargo, para M30, aunque tiene más información ahora trabaja más y se cansa más (esto implica que a pesar de que tenga más información, no la puede llevar a cabo).

***…tuve muy chica el otro niño, lo tuve a los 16 años entonces no estuve informada de todo lo que tenía que comer**, de lo que no**, pero incluso si el bebé estaba bien**… ahorita siento que tengo más información…*

. M40-27años-7meses-2emb-amadecasa-esposo-hijo

***… Ahorita como que me cuesta más trabajo cambiar unas cositas,** por ejemplo **la grasa y todo eso todavía como que cocino más**, con **mi primer hijo me hacía de comer otra persona**, entonces ella si era **cero sal, cero azúcar, grasa mínimo,** casi todo cocido o asado… **mi abuelita**… si ella me **cocinaba y me consentía mucho**, aparte me cuidaba mucho en ese aspecto…*

*… **se me antojan cosas más sanas y en el anterior quería flanes y cosas así,** entonces si son diferentes…*

M38. M43-30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

***…ahora estoy más todo el día trabajando y si me canso mas,** ya dan las 9:00 y no puedo levantarme, pero si son cambios de los antojos, **si se me antoja más lo fresco**… eh si eso si en cada embarazo he aprendido más de las doctoras también que me han dicho…*

M30-35años-8meses-4emb-trabaja (vendeM40es) -esposo-hijas

A pesar de que para algunas mujeres en cada embarazo reciben más información, para otras esta información no es novedosa. Está claro que las recomendaciones "podrían" ser las mismas, sin embargo al analizar que cada embarazo es distinto e implica retos nuevos y/o diferentes, las recomendaciones deberían de poder adaptarse a las necesidades de cada una de ellas; pero al parecer esto no

sucede. Sin embargo las mamás van adquiriendo más experiencia, se sienten más seguras, y de no haber eventualidades –nuevos padecimientos, molestias y/o riesgos- todo parece marchar con normalidad.

M41 por ejemplo, de quién es su cuarto embarazo, en los pasados nunca asistió al médico, ahora asiste porque se percibe con una edad avanzada para embarazarse (29 años).

Casi me dicen lo mismo*… que* ***no debo comer grasa, chile, pues si lo sé peor no lo tomo a mal, todo para bien****…*

M28-30años-7meses-4emb-casa-esposo-hijos

Si lo que me dicen es casi lo mismo, que va bien y todo casi siempre dan los mismos cuidados que con el primero…

M31-29años-8meses-2emb-amadecasa-esposo-hija

M41: Más experiencia, pero ya se sabe a lo que se va, *ya no estás con la incógnita de que voy a hacer cuando me den mi bebé o "x" cosa, ya sabes cómo cargarlo, como darle de comer, como cambiarlo…*

E: ¿has escuchado nuevas recomendaciones?:

M41: no, pues es casi lo mismo…

M41-29años-3meses-4emb-esposo-hijos-suegra

Adolescencia.

La adolescencia es reconocida socialmente como una etapa poco apropiada para tener un hijo; muchas de estas mujeres interrumpen sus estudios y a partir de ese primer embarazo adolescente se dedican al hogar y a ser madres.

Lo que se encontró fue que efectivamente, el embarazo en la adolescencia se presentó en 16 de las mujeres entrevistadas, siendo el rango de edad de los 15 a los 19 años.

Nueve dijeron vivir en hogares compuestos (pareja, padres o suegros, hermanos y/o cuñados y/o otros familiares), de estos hogares compuestos fue más común que vivieran con la familia de su pareja; seis viven con su pareja y la familia de él (suegros y/o cuñados), 3 con su pareja y con su familia (padres y/o hermanos y/o abuelos), 4 mencionaron vivir nada más con su pareja, otras 3 dijeron vivir con su familia y sin pareja.

Ocho de ellas mencionaron durante la entrevista haber dejado sus estudios por el embarazo, otras 3 ya trabajaban pero dejaron de trabajar, sólo una de ellas dijo seguir trabajando (en limpieza). Todas las entrevistadas dentro de este rango de edad (15 a 19 años) cursaban su primer embarazo, una de ellas había tenido un legrado y otra perdió a su bebé a los pocos días de nacido (sólo en este grupo de mujeres se encontraron abortos y muertes neonatales).

A diferencia del resto de las mujeres, en algunas adolescentes fue común escuchar que hicieran cambios en sus comportamientos alimentarios a partir de que dejaron la escuela. Estar en la escuela muchas veces significaba no comer a

sus horas, comer comida chatarra como *Chetos,* sopas *Maruchan®* y refrescos, estar en fiestas y consumir alcohol y tabaco (esto sólo en el caso de M38 refiere el consumo de tabaco y alcohol) .

El que ahora esté en sus casas les permite regular y tener un mayor control sobre sus horarios, sin embargo el dejar de comer chatarra presenta un mayor reto, algunas si dicen comer menos, otras de 17 y 18 años respectivamente no se preocupan por tener que dejar de comerla.

La familia constantemente está vigilando su alimentación y brindando recomendaciones, sin embargo a ellas no les gusta estar escuchando que les digan que hacer y qué comer. En algunos casos las adolescentes dicen no tener hambre y no querer comer, en algunas es debido a las náuseas y vómitos, pero en otras no hay una causa aparente, simplemente dicen no tener hambre. Únicamente dos de ellas mencionaron tener más hambre, M5 de 15 años que a pesar de sentir más hambre intenta moderarla y M14 de 17 años quién tiene más hambre pero a quien no le importa comer hasta llenarse e incluso quedar “gorda” (la pareja de M14 constantemente le lleva comida y busca satisfacer sus antojos).

En cuanto a las recomendaciones médicas mencionan las de comer más fruta, verdura, tomar más agua, dejar la chatarra… para algunas es fácil porque están acostumbradas a comer frutas, verduras o a tomar agua porque en sus casas así lo hacían desde antes, otras dicen haber tenido que acostumbrarse a partir del embarazo y en cambio otras refieren saber que “deben de” comer de cierta forma… pero no queda claro si lo hacen o no. M19 de 16 años y M15 de 19,

reconocen tener la información sobre alimentación pero no llevan a cabo lo que se les recomienda.

3 Mujeres de 18 y 17 años reconocen al embarazo como una responsabilidad la cual decidieron asumir. Una de ellas dice tener problemas emocionales, ser muy poco tolerante ante las recomendaciones que le dicen los demás y la otra opina que el embarazo a su edad la hace más propensa a problemas como la preeclampsia. M4 de 17 años dice saber que no es una edad adecuada para embarazarse. M1 reconoce que es complicado, incluso ella menciona que el embarazo la hizo alejarse de sus amigos ya que a raíz de éste ya no era muy bien aceptada en su círculo de amistades, sin embargo la familia es ahora más cercana a ella.

M26 de 18 años y M38 de 17 años dicen que el médico les detecto anemia, M7 (17 años) estaba en riesgo de padecerla, sin embargo ninguna de ellas menciona un cuidado específico con la alimentación.

Aún no tienen una responsabilidad sobre la compra y preparación de sus alimentos. El cambiar de residencia y ahora vivir con sus suegras en algunos casos implica adquirir nuevos hábitos, en el caso de M15 de 19 años al vivir con sus suegros come más pollo y M7 (17 años) ahora dice comer “más verduras y todo eso” en su casa comían más chile.

Sería importante indagar en la relación afectiva que se tiene con la familia tanto de ellas como de su pareja ya que la articulación de estas relaciones y redes podría tener un impacto interesante de analizar respecto a lo que se come. Ya se ha

mencionado también como el vivir con una pareja implica cambios y negociaciones en la cuestión de las preparaciones, aunque al parecer el hombre siempre se adapta a las formas de cocinar de quién cocina (es decir las mujeres) y no viceversa. Pero esto cambia en las adolescentes cuando ellas no tienen poder de decisión sobre lo que se come y compre y por el contrario tienen que adaptarse a costumbres de la familia de su pareja. Dos adolescentes mencionaron la ayuda de sus parejas a la hora de cocinar.

Las adolescentes son las que más cambios refieren hacer o *pretenden* hacer. El pasar de ser estudiantes a ser madres les implica dejar o disminuir el consumo o intentarlo, de la comida chatarra, la comida callejera y el refresco para empezar a tener horarios de comida, comer frutas y verduras, principalmente.

Hijos pequeños.

El tener una familia e hijos pequeños influye en la adopción de las recomendaciones, las mamás que cursan el segundo o tercer embarazo dicen hacer cambios ya que también les ayuda a cuidar la alimentación de sus hijos pequeños, otras dos mujeres mencionan haber tenido un aborto y ven a la alimentación sana como una estrategia para prevenir que vuelva a suceder.

*Casi a mis hijos no les apetece la verdura, entonces lo que hago es picarlo muy finamente ya ahora sí que engañarlos… **mi hijo sufría de estreñimiento y me mandaron la papaya y ahora ya es papaya**… entonces se los reparto en un platito, se los reparto en un plato y ya por ejemplo también así con los jugos, o que con el refresco igual se los reparto y ya.*

M29-24años-8meses-3emb-trabajaba (camarista)-esposo-papás-hermano-cuñada

…vuelvo a comer como a las 12:00 o 1:00 ***como con mi hijo****, lo llevo a la escuela, antes comemos ya lo que sea, compro verdura, coliflor, arroz, espagueti compro un kilo de una pechuga, de todo, le cambio… cuando ya regreso de la escuela a las 2 de la tarde ya tengo hambre otra vez….****ya hasta las 7 ya recojo a mi hijo y volvemos a comer…***

M40-27años-7meses-2emb-amadecasa-esposo-hijo

"Él médico me lo dijo: ¡señora su hijo esta así por una alimentación mala! Ósea la alimentación que le está dando no es la correcta, le hace falta fibra, le hace falta agua y la fibra la va a encontrar en las frutas, las verduras, ***entonces ahí me empezaron a hacer recomendaciones, me dieron una dieta para él, entonces ahí más o menos le fui agarrando, estos alimentos si, esto no, …***

M43-30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

3.8 Sentimientos ligados al embarazo.

Las creencias respecto a la forma de alimentarse están ligadas a la misma vivencia del embarazo. El embarazo pude significar una serie de sentimientos diversos dependiendo de la experiencia misma. Ninguna de las mujeres entrevistadas dijo no haber planeado su embarazo, pero si fue común que por ejemplo las adolescentes dijeran sentir miedo o un gran sentimiento de responsabilidad. El interés de esta pregunta formulada a las embarazadas fue analizar como influía el sentimiento ligado a su embarazo (felicidad, preocupación, miedo) en su forma de percibir las recomendaciones alimentarias. Fueron varios los sentimientos que reportaron.

Siete mujeres entrevistadas mencionaron sentirse **cansadas, angustiadas, desesperadas o solas**. Una de ellas es adolescente, para M1 fue difícil hacerse a

la idea de que estaba embarazada, ella está intentando dejar de comer comida chatarra; para M10, M13 y M21 de quiénes ya es su segundo o tercer embarazo dicen sentirse cansadas, desesperadas o sentir que es un embarazo más pesado comparado con los otros, M13 acaba de separarse y refiere dificultades económicas para comprar pañales de su otro hijo; ellas dicen conocer las recomendaciones pero se contraponen con la dinámica de su vida diaria (trabajo, hijos, etc.) lo que les dificulta llevarlas a cabo. Para M11 quién sufrió la muerte de su primer hijo, refiere sentirse bien pero estar preocupada de qué todo salga bien en este embarazo (recordemos que M11 atribuye algo de responsabilidad de la muerte de su hijo a su mala alimentación).

El caso de M18 es particular, ella refiere estar muy sola. Su apoyo más grande durante esta experiencia es el de su patrona y el de su hermana. Ella come lo que tiene acceso, lo que su patrona la da y lo que su hermana prepara.

En este grupo no se encontró a ninguna mujer que dijera tener una percepción más estricta o medicalizada sobre lo bueno o malo para comer en el embarazo, ellas intentan dejar de comer comida chatarra, intentan comer mejor o en ocasiones refieren no tener tiempo para comer como quisieran.

Pues al principio si como que me saqué de onda pero pues ya después me… como que me fui haciendo a la idea… Pues ya… se siente bonito… ***pero si esta complicado… cambia todo ¿no?… toda tu vida te cambia…****pero con mis amigos así ya no es lo mismo…* ***estas embarazada hazte a un lado****…*

(Intenta dejar de comer comida chatarra).

M1- 18 años-9 meses-1°emb-ocupación: casa-trabajaba-vive con su mama

Pues ahorita ya muy cansada y muy desesperada porque ya se me hizo muy largo y ya con mi otra pequeña pues es más cansado*… ahorita que me embaracé después de nueve años pues como que si es algo complicado pero pues lo espero con alegría, en lo que cabe estamos contentos.*

(Sabe las recomendaciones pero le cuesta trabajo hacerlas, ya es su segundo embarazo y se muestra más confiada).

M10-29años-9meses-2emb-hogar-esposo-niña

Me siento bien ***aunque a veces si como que me desespero mucho****, no sé porque pero si me desespero mucho… por decir aquí me enojo a veces,* ***por ratitos estoy bien y luego enojada y así no era yo…***

(Está intentando dejar "lo malo" poco a poco para acostumbrarse. Menciona dificultades económicas relacionadas a que ya se separó de su esposo y que su otro hijo aun toma leche y usa pañal). M13-21años-8meses-3emb-hogar-padre

"…bien, bueno éste ***ha sido más pesado que los otros, pero estoy*** *bien… si cada embarazo es mucho muy distinto…" Saberes en base a las experiencias pasadas de sus embarazos anteriores. (La escuela como ambiente en el que se come más comida "chatarra". A medida que pasan los embarazos son más pesados tal vez relacionado al menor apoyo y más trabajo en la casa por los otros hijos. Más conocimientos y menos aplicación de conocimientos nutricionales).*

M21-23años-5meses-3emb-hogar-esposo-hijas

Pues me siento bien, quiero que todo salga bien, ***porque mi otro embarazo se dificultó mucho y pues me siento muy alegre,… mi bebé se murió (llora) pues bien****, hasta el momento todo va bien gracias a Dios y espero todo siga así…*

(Consciente de la importancia de la alimentación tanto para ella como para su hijo. Se siente responsable de su mala alimentación).

M11-17años-6meses-2emb-en mi casa nada más-estudiaba enfermería-pareja-suegros

…pues de repente si te sientes sola, pero sabes que Dios está contigo y todo bien (llora)…

(*Dificultades económicas para comer y para llevar a cabo las recomendaciones del médico, refiere comer lo que haya a pesar de que refiere tener más hambre ahora que está embarazada. Como trabaja la que cocina es su hermana, en su trabajo su patrona la apoya dándole comida, le dice que trabaje menos y que se cuide. Para ella darle importancia a su embarazo es hacer lo que el médico le dice. Hay cosas que le prohíben como el café pero no ele explican porque… ""ahorita me lo hicieron el sábado, y si, que según* ***estoy un poco anémica, no sé porque, porque según yo me he estado alimentando bien,*** *pero ya* ***me dijeron que tengo que comer las verduras, que es lo que más cómo pero pues, a lo mejor un poco más****").*

M18-26años-7meses-1emb-trabaja (limpieza)-hermana

Cabe mencionar que estas mujeres tienen en común una situación social vulnerable.

10 mujeres mostraron mucha **felicidad y emoción** por estar embarazadas, independientemente de la edad (adolescentes o no) ellas refieren sentirse contentas ya que esperaban embarazarse y no habían podido, es su primer hijo y

esto les llena de emoción y expectativa o es su segundo hijo y buscaban la "parejita"; para una de ellas representa un "bendición por la que ***eres capaz de dejar cualquier cosa, cualquier tipo de alimentación, cualquier tipo de vicio, todo, para que él esté bien",*** otras dicen estar contentas además se sienten cuidadas por su familia y/o pareja.

A diferencia del primer grupo en donde las mujeres reconocían sentimientos negativos como cansancio, angustia y desesperación; fue común que este grupo fuera más propenso a decir que sigue algún tipo de recomendación médica sobre cómo alimentarse sanamente.

Ahhh para mi es lo más bonito, es que ***cuando tu deseas un bebé como que es una bendición entonces no se…*** *desde que sientes que lo tienes dentro por ejemplo ahorita que se está moviendo y así es muy bonito entonces* ***yo creo que si tu realmente quieres a tu bebé y lo amas eres capaz de dejar cualquier cosa, cualquier tipo de alimentación, cualquier tipo de vicio, todo, porque él esté bien…es un bebé que es muy esperado, muy deseado… hasta nos unió más todos lo deseamos****… un apoyo muy grande.*

(Muestra un discurso medicalizado sobre la alimentación).

M2 - 28años-8meses-1emb-trabajaba-esposo-papás-hermanos

Pues significa mucho es mi primer bebé y lo espero con muchas ansias, no se a veces ***nada mas de ver a los bebés me emociona****, siento bonito de que se mueve*

(No refiere cambios importantes en su alimentación).

M6-18años-5meses-1emb-casa-trabajaba-pareja

*Se **siente bonito porque con mi pareja tengo 1 año, más del año intentándolo**, y ya hasta cuando vi, yo misma dije Ahhh… **Ahhh se siente bien bonito la verdad**…**es una responsabilidad y si hasta eso mi pareja si me apoya si está conmigo.***

(Refiere comer más de ciertas cosas no por razones nutricionales sino porque "me está entrando más" "me está llamando" o "lo que haya" Primero piensa los alimentos, si se le antojan los come).

M14-17años-7meses-1emb-casa-pareja-suegro

*… **Muy feliz porque ya me quería embarazar, ya quería mi bebé** y afortunadamente ya estoy embarazada y estoy muy feliz.*

(Se refiere al embarazo como un periodo de desintoxicación para su cuerpo… Descalificación de "saberes tradicionales" confía en lo que busca en internet y lee en los libros y más que nada en lo que ella juzga correcto… Preocupación por el peso, desde antes del embarazo).

M16-27años-6meses-1emb-desempleada-trabajaporsucuenta-papás

*"…**buscaba mucho tener ya un bebé entonces por eso también he hecho todo lo posible para cuidarme bien y estar bien, y lo mejor para el bebé y para mi…** de hecho **me siento** bien, he tenido un embarazo muy bien, sano, sin complicaciones, todo bien…**bien, me siento feliz, estoy a gusto".***

(Se guía por las recomendaciones del médico y en base a eso lo que se le va antojando, se preocupa por su alimentación, menciona que se le hace fácil porque se siente bien).

M17-30años-7meses-1emb-trabaja-pareja

*Me interesa porque es el primero y no había sentido, pues si **me llenaba de emoción…entonces ahora que yo lo siento si es muy diferente como amor a mi bebé**… trato de que no le pase nada, **cuidarme cuando salgo en la calle, el transporte también…***

***(**Se le facilita hacer las recomendaciones porque su mamá es la que cocina).*

M33-19años-7meses-1emb-nada (trabajaba)-papás-hermano-esposo

"…pero me la estoy pasando súper bien, estoy disfrutando…yo sabía que estaba embarazada…me asustan… "*es que los niños salen muy caros", que los pañales… si Dios le ha ayudado a todas las personas que han sido madres solteras o han tenido problemas económicos… a mí eso no me preocupa".*

(Refiere siempre haber tenido una alimentación sana aunque menciona a veces comer grasa. Han tenido problemas económicos para comprara alimentos).

M36-38años-4meses-1emb-amadecasa-esposo

"…contenta y más porque me dijeron que es *niña, tuve un niño primero y pues bueno ya, porque había quedado mi esposo y yo que nada mas dos bebés, y bueno ya mi parejita pues estoy muy contenta".*

(Menciona que si uno quiere puede hacer algo más sano, pero a ella se le complicaba "pues yo como mi trabajo me absorbía todo el día de 8 de la mañana a 8 de la noche, no… ***que si uno se lo propone pues si no,*** *se mete su mandado y* ***puede llegar en la noche a hacer algo ligero****).*

M39-25años-2emb-7meses-amadecasa (mesera)-papás-esposo-hermanos

"…me siento feliz, porque ya digamos paso mucho tiempo y yo mi esposo los dos, ***este bebé fue planeado y lo estamos esperando con ansias****…"****me siento así muy protegida, ¡no hagas eso!:*** *y yo ha bueno…a veces como siempre me ha gustado hacer mis cosas como que a veces me siento como si fuera yo inútil y digo: ¡no no no! No tengo porque sentirme así…* ***pero a veces mi esposo me dice: -yo lo hago por tu bien".***

(*Recomendaciones en base a indicaciones médicas. Cuarto embarazo después de 9 años, de alto riesgo por el tiempo transcurrido).*

M41-29años-3meses-4emb-esposo-hijos-suegra

"ay yo contenta ya quería otro bebé, *porque después de mi hijo, tiene 8 años y este lo pensaba y decía con mi hijo ya no quiero más,* ***pero de repente te llega como otra vez el sentimiento de ser mamá y digo ahora quiero una niña****… no todavía no se… y si no también su hermanito va a estar muy contento".*

(Modificó su alimentación ya que empezó a sentirse muy inflamada, un médico le indicó cantidades de pan, tortilla. Se siente mucho mejor).

M43-30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

"…como que ***lo he disfrutado más a lo mejor porque mis hijas ya están grandes…ellas me cuidan… y es que cómete esto…*** *No esperábamos este bebé pero pues Dios nos los mandó y ya nos pensábamos quedar con las tres, pero ellas, he disfrutado mucho con ellas porque que ya compraron una cosa, que quieren otra cosa, hasta de mi esposo, como ya están grandes, dijera que están chiquitas que tiene que estar, uno se complica más y ahorita ya pues el bebé y ya están pensando que vamos a hacer, es que no vas a trabajar, yo tengo que ir a dejar a las niñas a la escuela…*

(El trabajo influye pero cuando la familia se organiza se puede comer más sano)

M30-35años-8meses-4emb-trabaja (vendeM40es) -esposo-hijas

Pues me siento bien, me siento feliz, porque pues como ***me habían dicho que ya no podía embarazarme****, que ya no podía tener hijos… antes era yo de así con cualquier cosa me enojaba no pues ahorita ya no.*

(No refiere hacer cambios significativos en la forma de alimentarse)

M3. - 26años-5meses-2emb0-hogar-esposo-hijo

Quienes dijeron solamente que **se sienten bien** respecto a su embarazo sin dar más detalles de sus sentimientos y emociones no hablan de cambios relevantes en su forma de comer, la mayoría de ellas son adolescentes, dos de ellas dicen no tener hambre y otra refiere seguir comiendo "normal".

No sé, algo muy bonito… ha sido bueno, se preocupan mucho por mi (no quiere comer, vive con la familia de su novio quienes le dicen que coma)

M9-17años-7meses-1emb-se queda en su casa-novio-suegra-cuñada

*"Pues me siento bien**, feliz"** Se siente cuidada y feliz "…me dijeron que no tenía dietas, que podía seguir comiendo lo normal…"*

(Refiere tener un embarazo normal y comer de todo aunque tuvo amenaza de aborto, le diagnosticaron leve anemia e infección en las vías urinarias, ante esto toma más líquidos y sus suplementos, quitó la Valentina y los demás irritantes los disminuyó).

M26-18años-8meses-1emb-hogar-estudiaba-esposo

Púes bien (risas) feliz… ya falta unos días como 20 días si no es que menos o más

(Tiene más hambre, come más frutas y ahora hace 3 comidas al día antes sólo hacía 2.)

M15-19años-8meses-1embarazo-hogar-esposo

"Pues bien, siendo mi último embarazo me siento bien…"

(Refiere muchas diferencias entre sus embarazos. Cree que su primer hijo nació bajo de peso porque no comía fruta y comía chile y chatarra. Hace lo que cree es mejor).

M28-30años-7meses-4emb-casa-esposo-hijos

"…bien… pues contenta, pues si…"

(No tiene hambre)

M44-19años-5meses-1emb-esposo-suegros

Dos embarazadas al preguntarles como se sentían respondieron con frases que aludían a sentir **una gran responsabilidad** por el embarazo, ambas tienen 17 años, a pesar de reconocer esta gran responsabilidad, una de ellas dice que el hecho de que ella sea adolescente le implica que le cuesten trabajo muchas cosas… en cuestión de alimentación ella no quiere comer (tiene gastritis y este padecimiento le impide comer lo suficiente), para la otra adolescente este hecho si implica poner más atención en su bebé que la que ponía en ella; referente a la alimentación intenta dejar de comer comida chatarra.

Yo no me lo esperaba… ***pero si te cambia la manera de ver las, de ver, el mundo y pues, pues es bonito, digo pues ya… yo tomé la decisión de hacerme responsable entonces, pues es, implica muchas cosas*** *y también madurar porque este pues te digo sigo siendo una adolescente me siguen costando muchas cosas entonces si me ha hecho cambiar un poquito…*

(No quiere comer por problemas de gastritis).

M4-17años-6meses-1emb-estudiaba-esposo-familia-abuelos

*Pues es una gran responsabilidad tanto para uno mismo tanto con el bebé no, pues es ahora si siento que tienes que poner mucha atención… **si tú no lo hiciste contigo misma pues con un bebé si, un bebé es una responsabilidad muy grande**…*

(Intenta dejar de comer comida "chatarra").

M7-17años-6meses-1emb-ama de casa-estudiaba. Esposo-suegros-cuñado

Algunas mujeres refirieron sentimientos ligados a **los nervios o a sentirse raras;** los nervios van ligados a que es el **primer embarazo**, en cambio, el sentirse raras va ligado a la **imagen corporal** (la pancita que crece, sentirse pesada) o a que las demás la cuiden (mucha atención). El miedo hace que una de ellas siga las recomendaciones tratando de ser disciplinada, las otras no dicen hacer cambios o incluso refieren comer lo que les gusta aunque les digan que es malo.

En las que dicen sentirse "raras" por su imagen corporal no se perciben creencias medicalizadas, en cambio dicen que lo "prohibido" les llama más o que tiene más hambre.

*Me siento **contenta y nerviosa**… porque es mi primer bebé y ya falta poquito para que me alivie y no sé nada la verdad…*

(No refiere haber hecho cambios).

M5-15años-7meses-1emb-ama de casa-estudiaba-pareja. Hermana-cuñado.

"…pues al principio rara, porque yo estaba flaquita, luego así con la pancita** pues si como que, si me siento rara por la pancita más grande pero si bien, hasta eso estoy contenta, me han dicho si tengo miedo, pero hasta ahorita no, no he entrado el pánico…**".

(Adolescente, refiere que antes de estar embarazada comía lo que quería por estar con las amigas y en las fiestas. Refiere enojo de la madre cuando se embarazó, ahora le da recomendaciones…"que tome muchos atoles que para la leche así, "x" cosa, los de avena, de masa de maicito, así diferente, que coma mucha verdura, que coma bien, ***que no me malpase*** *porque me puede hacer daño…"Refiere muchas veces el "comer bien" asumiendo que ya se sabe lo que es comer bien, sin embargo refiere que uno hace caso si quiere, en el embarazo destaca la importancia del bebé "…****porque la que quiere lo va a cambiar y la que no pues no, aunque les digan****… "*

M19-16años-7meses-1emb-estudió (prepa)-esposo-mamá-hermano

"…pues bien… ***me siento un poco pesada".***

(Suele comer sola. Refiere tener más hambre y comer más frutas. Refleja no darle importancia a las recomendaciones. Menciona pocas redes de apoyo).

M20-23años-1emb-casa-trabajaba-esposo

"…rara… no duermes igual, la panza ya te estorba…"

(Aunque reconoce riesgos como el de la diabetes y que es importante para que el bebé nazca bien ella come de todo, incluso las cosas que la doctora le dice que no coma…"a veces las cosas que te prohíben es lo que más buscas…"

M25-24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

"…bien, me siento bien". ***Miedo por ser primeriza.***

(Para ella es importante la disciplina "si, porque si estoy como que muy disciplinada en el embarazo, eso sí…"

M35-23años-6meses-1emb-estudiante-papás

"me siento muy rara (risas)*… bien, estoy feliz…".*

(Refiere sentirse muy rara de que le digan que comer y qué hacer. No ha hecho cambios, le dijeron que no comiera papas pero es en lo primero que piensa).

M42-18años-5meses-1emb-estudiaba (prepa) -papás-hermanos (4)

3.8.1 Percepciones sobre la importancia de la alimentación durante el embarazo.

Cada mujer entrevistada tiene percepciones distintas sobre la importancia de una correcta alimentación en el embarazo además como veremos más adelante los sentimientos ligados al embarazo en conjunto con la importancia que le den a la alimentación implican distintas percepciones de las recomendaciones.

Hay mujeres que detallan las consecuencias de una mala alimentación tanto para ellas como para sus hijos, sin embrago dicen no exagerar o seguir al pie de la letra las recomendaciones, la mayoría de estas embarazadas ya tiene más de un embarazo, es decir experiencia.

Yo digo que ya la piensas… ¿qué le estas dando al bebé?,… me dicen que puede ser parto prematuro, pero así de que me digan, no… ***o sea si, típico, si no comes te va a salir flaquito, si no comes le puede dar anemia, o a ti o a los dos****…****con una cosita que lo puedes evitar como mamá no lo evitaste****. ****Si trato de cuidar y a la vez no exagero****…y ay que engorda, ahh no me importa, porque se me está antojando porque tengo hambre ¿no?* ***Pero si o sea si es importante, ya cuando ves las consecuencias es cuando ya dices ahh Dios mío pero ya para que te quejas si ya lo hubieras hecho.***

M14-17años-7meses-1emb-casa-pareja-suegro

Pues porque eso ya ves que viene la diabetes estacional, la presión que luego se te sube o así… ***escuché que nace también ya con diabetes, es lo que me dijo el doctor, debo de comer más fruta…***

M30-35años-8meses-4emb-trabaja (vendeM40es) -esposo-hijas

"Pues ***importante para los dos para ella para el bebé*** *porque el bebe estaría perfecto un bebe bien sano y sin complicaciones…"*

M39-25años-2emb-7meses-ama de casa (mesera)-papás-esposo-hermanos

Por otro lado, M15 de 16 años solo menciona que le han hablado de la importancia de una buena alimentación, pero ya no se acuerda. Cabe destacar su edad, ella come lo que les gusta y trata de comer menos golosinas.

Pues si si me han dicho, pues que tanto a mí como **a él nos puede dar anemia, ya se me olvidaron… pero si si me han dicho.**

M15-19años-8meses-1embarazo-hogar-esposo

Las madres quienes dan igual relevancia a su salud como a la de sus hijos son quienes refieren hacer cambios en sus prácticas conforme a la información que tienen. Dos de ellas obtienen información de la televisión en donde hablan de los riesgos de sobrepeso y beneficios de una alimentación sana.

Estar embarazada es como una desintoxicación del cuerpo… cuando estaba trabajando decía: ay bueno voy por unas papás, pero dije, ***al que le estoy haciendo daño es al bebé, yo puedo comerme lo que quiera****… no quiere decir que no puedas consumir lo que quieras,* ***si pero con medida.***

M16-27años-6meses-1emb-desempleada-trabajaporsucuenta-papás

El doctor si me ha dicho que es muy importante, ***sobre todo por el bebé que siempre tengo que estar bien alimentada*** *… bueno el me ha dicho que es muy importante para mí por lo mismo de que* ***yo me sienta bien,*** *porque si no luego me voy a sentir mal, y de hecho me he sentido****,*** *cuando tengo hambre, ahorita tengo hambre y ya estoy como que me quiere doler la cabeza, entonces que* ***te llegas a sentir mal por si lo que tu consumes todo va para el bebé****…*

M17-30años-7meses-1emb-trabaja-pareja

"…sobre ***todo se está comentando mucho lo de sobrepeso, hay bebes que ya nacen con sobrepeso entonces este que delicado no desde chiquitos****, si una persona adulta que trabajo le cuesta con la alimentación y con todo esto bajar de peso imagínate a un bebé, entonces si sería posible* ***que hiciéramos un poquito de conciencia y alimentarnos bien, no es matarnos de hambre, sino saber comer bien…***

…pues un ***beneficio es que no vas a subir los kilos y vas a poder bajar****,* ***bueno las que nos gusta estar delgadas*** *y* ***no vernos tan gorditas****, pues por estética dices bueno… voy a quedar delgadita y eso y este pues* ***también por el corazón, por las grasas…****"*

(Vio programa en el canal 40, su hijo estuvo enfermo, ella subió de peso por lo que ha hecho cambios).

M43-30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

Existen madres quienes dicen no conocer ningún beneficio o riesgo para su salud, algunas reconocen el impacto en la salud de ambos, sin embargo ambos grupos reconocen que es importante para el bebé o incluso sobreponen la salud del bebé a la de ellas.

Para quienes únicamente mencionan o sobreponen la salud de sus hijos, destacan creencias basadas en que el bebé se alimenta de la madre. Estas mamás, a diferencia de las que remarcan la importancia de la salud de la madre, son primerizas, excepto M41, sin embrago su caso es especial, este es su cuarto embarazo pero es el primero en el que asiste al médico ya que fue detectado como embarazo de alto riesgo. (Ver cuadro 28).

Cuadro 28. Consecuencias mencionadas sobre una mala o buena alimentación durante el embarazo para el bebé.

"Mala" alimentación		
Bajo peso.	"*Encefalia*" (falta de ácido fólico).	Nace malito.
Anemia.	Parto prematuro	Los niños se quedan en el hospital por la anemia.
Nace antes.	Sale flaquito.	
Nace débil.	Bajo peso.	
Nace delicado.	Bebés grandes.	Nacen con diabetes.
Sale enfermizo.	Gorditos.	Bebe con sobrepeso.
Pre diabéticos.	Desnutrición.	
"Buena" alimentación		
Nace con fuerza.	Protección de defensas cuando nace.	
Crece bien, sano.	No va a ser enfermizo.	
Para su desarrollo.	Salud futura.	

Fuente: Trabajo de Campo octubre a diciembre del 2012.

Pues si le doy importancia, ***si no me importara no comiera lo que él me dice, se trata de comer lo que ellos te piden también…*** *ahora sí que alimento a los dos… aquí lo más importante es el bienestar de él. (Refiere Apoyo de su patrona).*

M18. M18-26años-7meses-1emb-trabaja (limpieza)-hermana

M20:…uno debe de cuidarse mucho*… para que el bebé nazca bien y no está bajo de peso****…-***

E: ¿te han dicho porque es importante para ti?:

M20: si pero ya no me acuerdo (risas)

M20-23años-1emb-casa-trabajaba-esposo

…nosotros como papás primerizos hemos estado esperando ¿no?, ***para que salga algo mal por una mala alimentación y todo eso como que tampoco se vale ¿no? Paga el niño por cosas que hacemos nosotros,*** *entonces, pues es eso, que se cuiden mucho, que cuiden mucho su salud, sus consultas…*

Esposo de M25. M25-24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

M26:…para que se ***desarrolle mejor, sea un bebé sano,*** *más que nada,* ***para eso es comer bien****… -E: ¿y para ti te han dicho que beneficios?:*

M26: ***no eso si no…***

M26-18años-8meses-1emb-hogar-estudiaba-esposo

"…yo no sabía, el valor que tiene que te alimentes, tu alimentación ***va pesando para que el bebé nazca sano sobre todo es una protección de defensas que cuando este afuera ya no va a tener mucho problema de enfermarse, no va a salir muy enfermizo porque le faltaron de su alimentación…"***

M36-38años-4meses-1emb-amadecasa-esposo

M41:…pues yo pienso que si porque ***lo que estamos comiendo pues le da mucha vitamina al bebé,*** *es lo que me decía la doctora…*

E: ¿Qué le dirías a otra embarazada?

M41: pues ***que se cuide mucho, que siga lo que los doctores le dice****, que recuerde que ya no no mas es ella si no* ***que llevamos un ser vivo****…"*

M41-29años-3meses-4emb-esposo-hijos-suegra

Únicamente M23 de 19 años dijo no saber cuál era la importancia de la alimentación en el embarazo. Ella refiere haber hecho pocos cambios, únicamente dice comer un poco más, actualmente refiere muchas náuseas, come dos veces al día, toma agua, refresco y café, ella siente que el tomar vitaminas es suficiente para complementar su alimentación.

No se… nada más me dijo que tengo que comer.

M23-19años-4meses-1emb-limpieza-esposo

3.8.2 Influencia de las recomendaciones en la imagen corporal en el embarazo.

El embarazo implica un cambio en la imagen corporal, las mujeres suben de peso, su cuerpo cambia, experimentan sensaciones nuevas, de ahí el interés por explorar si este cambio influye en las prácticas alimentarias durante el embarazo, como perciben estas mujeres esos cambios y si hacen alguna modificación a sus prácticas alimentarias ligada al control del cuerpo.

Se encontró que las mujeres no se preocupan por los cambios en su imagen corporal a raíz del embarazo, las embarazadas entrevistadas que tiene especial interés por cuidar y controlar su peso ya lo hacían desde antes del embarazo y esta preocupación se extiende durante todo éste periodo. El "cuidarse" regulando su alimentación va ligado a "no engordar" aunque también se destaca la importancia de la salud del bebé (el que la madre este gorda no es bueno para el bebé) y para prevenir algunas enfermedades durante el parto (diabetes y preeclampsia). Las mujeres que dijeron cuidarse realizan prácticas durante el embarazo como las mencionadas a continuación.

Tabla 29 Prácticas para "cuidar el peso.

No cenar o cenar ligero.
Caminar.
Controlar cantidades de comida como comer menos tortillas y pan y no comer cosas "que engorden" (ya antes se mencionó que alimentos clasifican como engordantes).

Fuente: Trabajo de Campo octubre a diciembre del 2012.

Para llevarlas a cabo prevalece la idea de que deben de “cuidarse” y/o mantener una disciplina.

Antes de embarazarse realizaban restricciones en la dieta, en la mayoría aparece la figura médica: nutriólogo, bariatra o médico, quienes “guían” a las mujeres a perder peso, en otras ocasiones ellas empiezan a comer menos pan y tortillas y a realizar algún ejercicio, zumba (un tipo de baile) y caminatas fueron los mencionados.

M24 tiene una clara preocupación por controlar su peso; desde antes del embarazo y durante el embarazo se inquieta por no quedar “gorda”.

“es que generalmente como mi cuerpo tiende a subir de peso ***siempre he querido saber cómo cuidarme, entonces, pero no sabía nada del embarazo, ya que me embaracé dije: ¡ay y ahora que voy a hacer no quiero subir mucho de peso!****”*

M24-24años-8meses-1emb-casa-trabajaba-marido

Incluso menciona quedarse con hambre, no cenar para no subir de peso y estar activa para no engordar. Se refiere al embarazo como un periodo de desintoxicación para su cuerpo debido al cambio de hábitos (dejar de fumar, tomar y alimentarse más sanamente).

*“****si me llega a dar mucha hambre pero también si llego a cenar, si ceno mucho también voy a engordar*** *mucho más, entonces trato de si me da mucha hambre me como un plátano,”*

*“****trato de estar activa, trato de hacer ejercicio, camino, en el centro camino 6 horas, pero pues con tal de estarme ejercitando y no subir tanto de peso por mi misma estructura****”*

En contraste a sus creencias su pareja se preocupa por estas prácticas y le pide que coma más.

"yo tiendo mucho a subir de peso entonces le dije, el me dice: ay come más porque el bebé y no sé qué- le digo: ay no, yo voy a comer nada más lo que me pida y ya, él si me dice que coma más"

M24-24años-8meses-1emb-casa-trabajaba-marido

M24 además de preocuparse por su peso se preocupa por el bebé, empezó a comer la carne aunque no le gustaba, cambia los dulces por las frutas, dice dejar de comer chácharas (papitas, chicharrones) ya que reconoce que no le puede dar de comer eso al bebé.

…le estoy haciendo daño es al bebé, yo puedo comerme lo que quiera*.*

M16-27años-6meses-1emb-desempleada-trabajaporsucuenta-papás

M2 quién también ha mostrado influencia de las recomendaciones médicas en sus creencias muestra preocupación por cuidar su peso desde antes y durante el embarazo. Para ella la obesidad es un problema que se debe evitar;

"Yo digo que la obesidad es un problema, *y si no te cuidas ya cuando vez ya pesas los 20, 30 kilos de más, entonces yo dije -****no pues ya me tengo que poner a bajar, estar sana y todo,****- de hecho yo cuando me embaracé estaba ya muy delgada y ya pues la alimentación que me mandaba el bariatra se me hizo bien fácil toda la vida hemos buscado como que lo natural-* ***ahora no vamos a llamarlo dieta, es un estilo de vida"***

M2-28años-8meses-1emb-trabajaba-esposo-papás-hermanos

El caso de M17 es distinto, ella antes del embarazo se preocupaba por regular su peso, eso ha cambiado con el embarazo, ahora dice procurar más la salud del bebé ya que reconoce la restricción dietética como “malpasarse” y durante el embarazo ella tiene que comer bien.

*“Antes es que estaba en otro trabajo y también **era de otras ideas que tenía de voy a comer poco para no engordar,** me daba hambre, pero si estaba haciendo algo me esperaba y en lo que acababa se me quitaba el hambre y ya no comía, **era de malpasarme más y ahorita ya no”***

M17-30años-7meses-1emb-trabaja-pareja

M35, M39 y M40 también dicen cuidar su alimentación para evitar enfermedades durante el parto y para no engordar, ellas lo logran siendo disciplinadas, no volviendo a comer tacos y refrescos e incluso haciendo actividad física como caminatas.

*… cuidar como la alimentación **para no subir tanto de peso, no tener diabetes gestacional y todo eso**… porque si estoy como que muy disciplinada en el embarazo, eso sí…”*

M35-23años-6meses-1emb-estudiante-papás

*…ay **después del embarazo se debe cuidar y es lo que yo hice con mi bebé**; me decían ay ni parece que estuviste embarazada, quedaste bien y así de volver otra vez a lo mismo tacos, refresco ya ahora sin trabajar pues vas a engordar más no…*

M39-25años-2emb-7meses-ama de casa (mesera)-papás-esposo-hermanos

…caminar porque hay mujeres que están embarazadas y están muy gordas, gordas, están sentadas yo creo que no hacen nada… yo si…

M40-27años-7meses-2emb-amadecasa-esposo-hijo

M38 también cuidaba su peso desde antes de embarazarse, refiere sus malas prácticas alimentarias y el aumento de peso –antes del embarazo- a que comía con familiares que comían muy pesado (abundante)…

…yo me alimentaba bien porque comía con mi tía, mi prima, bueno su hija ella es la que hacía de comer, lo malo de ellos es que tienden a comer mucha carne… si comía muy pesado con ellos, yo subí de peso"… ***dije no, algo tengo que hacer, tengo que bajar de peso porque estoy subiendo mucho, me metí a zumba ya en la noche y le empecé a bajar a la tortilla, si tomaba leche ya no almorzaba tanto, nada más un taquito o dos, si empecé a ver resultados, ya después fue cuando me embaracé.***

M43-30años-4meses-2emb-hogar (trabajaba) -esposo-hijo

M8 cree que para las mamás gorditas es más difícil el parto, estas creencias repercuten en sus prácticas, intenta moderar porciones y sólo comer una pieza de pan en lugar de dos que antes comía, ve programas de TV en donde dan recetas.

…digamos las mujeres gorditas como que les cuesta más trabajo tener al bebé que alguien que está delgado.

.M8-23años-6meses-1emabarzo-amade casa-dejó de trabajar

No todas las embarazabas mostraban una preocupación propia por su peso, fue común encontrar que ellas refirieran que algún familiar o el médico les dijera que tenía que cuidar su peso para no estar “gordas” sin embrago este grupo no menciona una preocupación individual o tomar muy en cuenta las opiniones de estas personas. M25 incluso come más.

*“ la doctora, solo me dijo: -sabes que , si no quieres estar gorda después de tu embarazo nada más puedes comer una tortilla y un pan, no más, en todo el día**, entonces yo tortillas ahorita me estoy comiendo 7-8 tortillas, pues tengo hambre, entonces sigo comiendo normal***

M25-24años-7meses-1emb-hogar-esposo-cuñado-tío

***“Pero si vas a comer de un jalón, vas a rebotar como una pelota,** pues si así me decía (risas) (su exjefa)… s**i y como ella tenía un hijo que estaba así bien gordito… si lo estaba llevando a una dieta,** si ya lo estaba llevando con un nutriólogo y era que me decía para que no me enfermara…”*

.M3-26años-5meses-2emb0-hogar-esposo-hijo

*Bueno a mí, mi doctor me ha dicho que tengo que comer, pues **frutas y verduras**,… **no debo de comer muchas cosas que engorden porque a veces engordar en el embarazo hace daño porque luego se complica el parto, o lo que sea**, y que luego supuestamente **a los bebés no les gusta estar pues muy gordos**, y que tengo que comer muchas frutas y verduras…mi esposo, que me cuide, que ya no coma **cosas que me engorden”***

M6-18años-5meses-1emb-casa-trabajaba-pareja

M14: … me dice (suegra) de repente cuando como así mucho – ***ya bájale porque te vas a poner gorda****- y* ***yo le digo ay no importa…***

Esposo: – ***te vas a poner gorda- (risas).***

M14: pues si ni modo.

M14-17años-7meses-1emb-casa-pareja-suegro

A M23 en su segundo embarazo, para controlar el peso, la doctora la puso a dieta, A M23 y M25 la doctora también les mencionó que tenía que cuidar su peso.

*"no comer pan, tortilla y esas cosas" "****me dijo la doctora que ya no debía de comer pan, ni tortilla, ni cosas así que porque ya me había pasado del peso establecido*** *y podía correr riesgo, entonces así como que me bajó,* ***me puso a dieta (risas****)…"*

M21-23años-5meses-3emb-hogar-esposo-hijas

"bueno me dijo que no tengo que comer mucha grasa, tengo que cuidar mi peso que no suba mucho…"

M23-19años-4meses-1emb-limpieza-esposo

El embarazo significa una modificación en la imagen corporal, esto podía influir en las prácticas alimentarias, sin embargo las tres mujeres que mencionaron sentirse raras por su *pancita* o que sienten que han subido demasiado de peso no refieren

creencias ligadas a tener que hacer restricciones dietéticas antes ni durante el embarazo.

"porque yo estaba flaquita, luego así con la pancita pues si como que, si me siento rara"

M19-16años-7meses-1emb-estudió (prepa)-esposo-mamá-hermano

"me dijeron que subí un kilo de más… ***me siento un poco pesada".***

M20-23años-1emb-casa-trabajaba-esposo

"yo siento que si subí demasiado de lo que antes, a lo que actualmente pesaba… este como más, un poco más ahorita…siento que se me revienta mi estómago pero por ahorita lo del embarazo…

M26-18años-8meses-1emb-hogar-estudiaba-esposo

Capítulo 4. Discusión y Conclusiones Generales

4. Discusión y Conclusiones Generales

4.1.1. Impacto de las recomendaciones médicas sobre creencias y percepciones.

Al analizar el impacto de las recomendaciones dietéticas de la medicina en las creencias y percepciones sobre la alimentación en las mujeres embarazadas entrevistadas se muestra que el poder hegemónico de dichas recomendaciones se desdibuja y reconfigura ante el encuentro de determinantes sociales como la composición del hogar, el número de embarazos, las trayectorias alimentarias, la edad y la presencia de enfermedades y/o padecimientos en donde el estrato socioeconómico determina a su vez una serie de creencias y percepciones ligadas

al acceso que se tiene a los alimentos, al trabajo, a las creencias tradicionales presenten en este grupo y a las percepciones que tienen los médicos sobre estas mujeres. Este último punto muestra que a pesar de que se parte de un saber médico en donde las recomendaciones nutricionales se transforman en normas que pretender homogeneizar los consumos, existe una gran diversidad de recomendaciones médicas.

Las recomendaciones que los médicos dan a las mujeres embarazadas no se basan únicamente en lo que a ellos les enseñan sobre nutrición, sus saberes médicos, regidos por normas y guías, se mezclan con una serie de creencias propias marcadas por sus costumbres y con las percepciones que tienen sobre la forma en que las mujeres que asisten al centro de salud se alimentan, de esa mezcla de conocimientos, percepciones, experiencias y prejuicios surgen recomendaciones diversas. A partir de esto no es difícil explicar porque existen un sinfín de recomendaciones nutricionales, cada médico, independientemente de la formación en nutrición que tenga, emitirá recomendaciones distintas en base a sus conocimientos, las normas de la medicina institucional y a su cultura alimentaria, es el caso del plátano, el atún, las tortillas, las vitaminas y las percepciones sobre los principales problemas de salud de las mujeres, mientras que para algunos es la anemia y/o bajo peso para otros es la obesidad.

Sin embargo, en las ideas generales sobre alimentación se tienden a unificar u homogeneizar las recomendaciones en base a preceptos médicos (frutas, verduras, agua, 5 comidas, fibra) como la menciona Gracia (1990), desde la medicina se tiende a una normalización dietética, de ahí a juzgar como malas

prácticas de alimentación todo lo diferente –o desconocido- desde la medicina institucional.

El personal médico tiene ciertas creencias de la forma de comer de las mujeres, *comen cosas que engordan, garnachas, hacen 1 o 2 comidas al día,* estas creencias se sobreponen a la situación social de las mujeres, aunque ellos reconocen su situación de precariedad, al final del día el que coman sano es cuestión de costumbres y voluntad. El análisis desde la medicina y la nutrición se sigue centrado en el individuo cuando debiera considerar a las personas en su contexto social que es el que define diferentes formas de comer.

4.1.2 Sociabilidad en el hecho alimentario.

En el embarazo todos tienen el "derecho" de opinar sobre la forma en cómo las mujeres se alimentan, es común el control de "otros" sobre las conductas y elecciones alimentarias de las mujeres; a pesar de que en ocasiones resulten molestas, estas recomendaciones se suelen aceptar como un buen cumplido o como una buena atención; en algunos casos, se agradecen, en otros significan muestras de apoyo y en el caso de las adolescentes, que no quieren comer, el que todos opinen se vuelve algo tedioso.

La sociabilización a la hora de comer es un punto esencial en las prácticas alimentarias ya que, dependiendo de los hábitos de las personas con quienes convivan, sus propios hábitos se modificarán.

Se tiene la creencia de que si se está bajo una "dieta" (*entendida popularmente como control o regulación de la cantidad y tipo de alimentos que se toman*

principalmente para bajar de peso o para el manejo de alguna enfermedad o situación fisiológica específica) hay una ruptura con la sociabilización y dinámica en torno a la comida familiar ya que las embarazadas tendrían que comer diferente, lo que complicaría llevar a cabo la dieta, además en los testimonios, ellas no refieren mucha planeación de las comidas, dicen constantemente comer "lo que haya". Las "dietas" buscan una planeación más consciente de lo que se va o se "debe" comer. Las personas alrededor ven "raro" o "chistoso" que alguien intente cambiar hábitos percibidos como poco saludables (tomar refresco, comer comida "chatarra" o callejera) por saludables (tomar agua, comer frutas, verduras). Aquí surge un interés por analizar más a profundidad como se dan los cambios alimentarios. El comer sano se ha convertido en un nuevo estilo o modelo de vida per se, visto como inalcanzable o complicado y a la vez fuera de lo "normal".

La orientación no debe ser nunca individual se debe procurar brindar educación nutricional de forma integral a todos los miembros del hogar para evitar estas creencias y percepciones teniendo en cuenta que la forma de comer se determina por situaciones sociales, económicas, culturales y psicológicas de las mujeres. La estructura familiar es un punto central para demostrar que la alimentación es un hecho cultural aún cuando esté tratando de ser dominada por la normalidad dietética de la medicalización.

4.1.3 Mensajes sobre alimentación que reciben las embarazadas.

Las recomendaciones no son las mismas si las fuentes de información son distintas. Las mujeres mayores que ya tuvieron la experiencia de ser madres

tienen un estatus más elevado que cualquier otra persona ya que ellas ya experimentaron y se ven reflejadas en su cuerpo y en su salud las consecuencias de una mala o buena alimentación en el embarazo (consecuencias a largo plazo como caída de dientes, cabello, descalificación).

Las madres de las embarazadas se preocupan de que ellas coman, mucho o poco, dependiendo de las creencias. Su madres les cocinan y preparan alimentos que son del gusto de las embarazadas.

Las abuelitas refieren más recomendaciones ligadas a saberes tradicionales como los tés, atoles o a cuestiones físicas como que el bebé se “pega”. Las suegras no suelen ser tan consentidoras como las madres, ellas logran modificar los hábitos alimentarios de las mujeres cuando son las responsables de la preparación de los alimentos y sus costumbres no coinciden con las de ellas.

Sus esposos o parejas vigilan que cumplan con lo recomendado, las regañan y/o esconden alimentos que ellas no deberían de comer, y en el caso de los antojos son los encargados de consentirlas comprándoles los alimentos que ellas desean. Es en este aspecto en donde se connota una situación de género marcada por el poder del hombre solo el cuerpo de la mujer a través de los alimentos.

Las hermanas/cuñadas que ya fueron madres tienen un papel relevante, las mujeres confían en ellas, les gusta platicar con ellas y más que nada compartir experiencias.

Otras personas como vecinos pueden ser no muy confiables, esto depende de sus hábitos alimentarios, si son saludables se confía en ellos y se toman en cuenta

sus consejos, por el contrario si ellos comen alimentos de alta densidad energética se desconfía de sus recomendaciones. Las mujeres constantemente observan y juzgan las prácticas de otras personas y las clasifican dentro de dos esferas, bueno o malo.

Las patronas o jefas resultaron actores de gran peso en la guía y orientación de hábitos alimentarios, las mujeres confiaban en ellas y decían seguir sus consejos, además de que no solo recomendaban, sino que al igual que las madres, proveían a las mujeres de los alimentos que ellas reconocían como saludables y/o adecuados.

La confianza basada en hechos.

Cuando se siguen las recomendaciones de un médico o personal de salud es porque se han experimentado resultados favorables (las mujeres se sienten mejor). Sin embrago existe la inquietud por la búsqueda de alternativas médicas y de “nuevas” formas de comer, en estos testimonios se encontró como referencia a la medicina naturista, al vegetarianismo y a la alimentación saludable en si *(entendiéndola como formas de comer basadas en preceptos y recomendaciones médicas*); las mujeres que se guían por estos regímenes, se ven influidas por lo que escuchan en programas de radio a través de médicos.

Cuando toda la familia decide hacer modificaciones en su forma de comer es más fácil que se logren cambios ya que todos comparten una misma creencia lo que facilita el cocinar lo recomendado y el aceptar cambios.

Las recomendaciones son palabras que se configuran y adquieren significado y práctica en las relaciones sociales cotidianas, depende de los actores que influyen e intervienen en la vida cotidiana de las mujeres y su relación con ellos en como las recomendaciones se configuren en hechos. Si al brindar una recomendación no se toma en cuenta como esta será adaptada a la vida doméstica o laboral cotidiana carecerá de sentido práctico.

La información que se transmite en los medios puede o no impactar en las creencias y percepciones de las mujeres.

La radio resulta ser un medio que inspira confianza y fidelidad, ya que las mujeres que dijeron seguir recomendaciones de la radio llevan escuchando el mismo programa por varios años, las mujeres creen en estas personas por su respaldo científico y sentido de cercanía y familiaridad. Sin embargo a pesar de que ellas sí dicen seguir las recomendaciones que estas personas emiten, las recomendaciones se adaptan a los gustos y dinámicas del hogar.

De las revistas se destaca la confianza en ellas por estar respaldadas por médicos y/o nutriólogos, difunden información médica y también de recetas, muchas veces desmienten saberes tradicionales.

Los libros se leen con menos frecuencia, estos son más caros para ellas y es un costo que no siempre están dispuestas a pagar. Mencionaron libros de recetas y algunos regalados por familiares.

Internet aunque en una menor frecuencia es un medio fácil y preciso de utilizar, fácil porque basta con ir a un café internet y teclear lo que se busca, preciso

porque puedes buscar específicamente lo que inquieta. Hay interés en la forma de dar información de manera novedosa, en el caso del embarazo las páginas muestran imágenes del avance del embarazo y consejos relacionados a cada etapa. El centro de salud podría promover páginas de internet confiables aprovechando que es una herramienta de interés, aunque de más difícil acceso que la TV y el radio...

La industria alimentaria, aunque de esta tesis no fue propósito analizarla, estuvo presente, una mujer refirió recomendaciones provenientes de la publicidad de una barrita, y se mencionaron varias marcas de alimentos consumidos: *Splenda®, Activia®, Chetos®, Maruchan®, Danoninos®, Yakult®, Triki Trakes®.* Algunos de ellos por las propiedades nutricionales atribuidas por su publicidad como es el caso de Activia® y Splenda®.

4.1.4 La traducción de las recomendaciones.

El poder de las recomendaciones médicas se ve reflejado en ciertas creencias basadas en la medicina hegemónica que se han generalizado por ejemplo, el comer frutas, verduras, tomar agua, y en el uso de palabras que se han permeado al lenguaje de las mujeres como proteínas y grasas. Sin embrago las recomendaciones médicas se reconfiguran y diversifican en la vida cotidiana de cada mujer pasando a ser hechos culturales y sociales los que determinan si las recomendaciones médicas se perciben de determinadas formas.

Las recomendaciones que las mujeres refieren de los médicos se traducen en tener que comer más de los alimentos calificados como buenos para el embarazo:

frutas, verduras, leche, agua (en el embarazo se hace hincapié en leche y agua); y en comer "poco", "no mucho" de los alimentos calificados como malos para el embarazo (*grasas y azúcar, refrescos, sal, irritantes, picantes*). Las mujeres pocas veces dicen eliminarlos por completo de su dieta habitual por cuestiones de gusto y preferencia. Las proteínas y grasas se convierten en alimentos y preparaciones como *quesadillas, empanizados y capeados*.

Se tiene la creencia de que las harinas "engordan" por parte de médicos y mujeres, dentro de este término se engloban alimentos como el pan y tortillas y "carbohidratos"; otro término médico que se utiliza como sinónimo de harinas, las mujeres están en una constante lucha por evitarlas, pero al conformar según sus testimonios parte de sus alimentos nucleares o primarios, les resulta difícil.

El tratar a los alimentos como medicamentos, cambia la percepción que se tiene sobre estos, los alimentos se clasifican como buenos o malos, pero sin embrago por arriba de esta clasificación existen una serie de determinantes como el gusto, el tiempo, el entorno, los sentimientos, la sociabilidad, aceptación que definen si estos alimentos se consumen o no.

Como ya se mencionaba, sólo cuando realmente se vive una experiencia con dicho alimento es que el consumo se modifica. Las recomendaciones sólo les ponen un adjetivo bueno o malo a los alimentos; las experiencias sobre ellos son las que terminan por asignarles un valor positivo o negativo.

En esta tesis se demuestra que, a través de las enfermedades, experiencias positivas o negativas con los alimentos ligadas a la sintomatología del embarazo

(nauseas y vómito) y/o a los antojos, al acceso que se tenga a estos y a las relaciones del entorno social con la comida, se determina si un alimento recomendado o no se consumirá.

Los alimentos al ser símbolos van cargados de significados, cuando desde la medicina institucional se hacen recomendaciones sobre alimentos que carecen de sentido a las personas, es solo información hueca, que pasa sin ser *pensada*, con esto pierde toda posibilidad de aplicación. Muestra de esto están los mensajes sobre nutrición que las embarazadas decían haber recibido en la escuela, en sus embarazos anteriores o que decían haber leído de libros, todos estos mensajes dijeron haber sido olvidados.

Para explicar esto Bisogni (2012) dice que las elecciones alimentarias dependen del modo en que los individuos interpretan y van manejando los conflictos en torno a la alimentación. Como ya se analizó, las mujeres irán formando **sistemas alimentarios personales** para manejar todos los factores que influyen en la compra, preparación y consumo de alimentos. Ante esto se irán constituyendo **valores**, estos valores están dados por: el sabor y el placer, el costo, la importancia para la salud, la sociabilidad y convivencia que permiten los alimentos.

La orientación alimentaria no es brindar información, sino es un proceso de enseñanza-aprendizaje basado en la cultura y en la vida cotidiana acompañado de estrategias que permitan el acceso a una dieta sana. Mucha información no sirve de nada, las mujeres sabían que debían de comer, recordaban que les decían los

médicos, sin embrago todo lo que ellos les digan, si carece de sentido práctico en la vida cotidiana, se olvida con el tiempo.

Desde la medicina institucional se suele pasar de largo la dinámica de la vida cotidiana cuando es esta dinámica la que verdaderamente determina que comemos, cómo y con quién lo hacemos. Es aquí donde se muestra la cultura, la relación con la organización social, la transmisión cultural, el papel de las otras mujeres, de los hombres, de cada uno según el tipo de relación.

En el caso del embarazo, al ser un proceso fundamental que es la reproducción, todo el mundo opina, se siente con derecho de y, por lo tanto, el cuerpo de la mujer pasa a ser público.

No es siempre el hecho de la voluntad, las mujeres pueden estar interesadas en llevar a cabo las recomendaciones, incluso en llevar una vida más sana, pero cuando estas recomendaciones implican gastar más tiempo que el que normalmente se gastaba en cocinar se vuelven más difíciles de hacer- lavar, desinfectar, cortar. Por ejemplo, está el caso de la mujer que mostró un discurso altamente medicalizado, ella refiere poner especial empeño por seguir las recomendaciones médicas, incluso como si estas fueran “recetas”, sin embrago comenta que a veces no le da tiempo de preparar los jugos y ensaladas que le *mandan*.

También se mencionaba como parte de las recomendaciones el consumir, pastillas, vitaminas, ácido fólico, calcio, hierro. Estas recomendaciones han sido altamente difundidas por la medicina institucional y todas las mujeres identifican

por lo menos la toma de uno de estos nutrimentos como muy relevante para el embarazo. Aunque no son alimentos, las mujeres los perciben como parte de sus consumos diarios relacionados a las cosas buenas que hay que comer durante el embarazo.

Sin embargo aunque se conozcan las razones por la que es recomendado o no cierto alimento, cuando se tiene alguna experiencia previa relacionada con dichas molestias la respuesta cambia ya que a pesar de que sepan la razón de las prohibiciones, únicamente cuando realmente las padecen o experimentan las consecuencias dañinas a la salud por comer dichos alimentos es que omiten alguno de éstos. Por ejemplo, el caso de M10 a quien le han dicho que los enlatados, específicamente el atún, influye en la hinchazón de pies, sin embargo ella dice haber comido atún en su primer embarazo y no haber padecido dicha sintomatología, por lo tanto, en éste su segundo embarazo continúa comiendo atún, sin embargo, este comportamiento lo vuelve a respaldar en una recomendación médica (el médico le dice que está bien comer atún). Otro caso es el de M10 que destaca hacer lo que ella piensa a pesar de reconocer que puede equivocarse. Cabe destacar que ambas mujeres que mencionan esto cursan su segundo y cuarto embarazo respectivamente, lo cual les podría estar dando experiencia y seguridad en el tema.

… dicen que para que no se hinchen los pies ***no debes de comer embutidos como jamón, atún y todo eso,*** *pero pues yo la verdad con ella, con mi nena la más grandecita era muy adicta al atún, o sea me llamaba mucho el atún y dice el doctor que* ***no es malo completamente*** *el atún, no porque esté enlatado, o sea si trae conservadores pero pues no, a fin de cuanta es pescado y pues trae mucho nutrientes.*

M10. -29años-9meses-2emb-hogar-esposo-niña

Cuentos de que según por decir "ay come un segundo plato" pero luego uno como que ni hacía caso, siempre uno hace lo que piensa, a lo mejor está uno mal…

M28. -30años-7meses-4emb-casa-esposo-hijos

Las recomendaciones médicas suelen ser confusas, algunos médicos recomiendan unos alimentos mientras que para otros no son los más adecuados, es el caso de los suplementos, el plátano, el atún. En esta tesis no se indagó sobre las consecuencias de esta variedad de recomendaciones, sin embrago es interesante analizar en un futuro las implicaciones a la salud que esto podría tener.

4.1.5 Aspectos que influyen en la percepción de las recomendaciones médicas durante el embarazo.

Las mujeres reconocen alguna recomendación alimentaria ligada al embarazo independientemente de que refieran que el médico les dijo alguna, esto es porque el saber médico ya forma parte de la cultura de las mujeres, basta analizar sus testimonios en donde los preceptos médicos como comer frutas, verduras, proteínas, fibras, tomar agua y evitar grasas y azúcares están presentes. Sin embrago eso se convierte en una lista de cosas que hay que hacer, el hecho alimentario es mucho más complejo y esta lista no lo alcanza a interpelar.

A pesar de ello, el embarazo no siempre se reconoce como una etapa en la vida de las mujeres que requiera cambios en la alimentación, mientras no se presente una complicación o enfermedad que requiera modificar la forma de comer, o se presente alguna sintomatología que infiera con su forma de comer (como náuseas,

vómito, gastritis, inflamación abdominal) o padezcan o hayan padecido alguna enfermedad; en el embarazo se puede comer de todo o comer “normal”, pero … ¿qué es seguir comiendo normal? los médicos están cargados de supuestos de como ellas comen, y en base a eso emiten recomendaciones, que no siempre responden a sus necesidades e inquietudes.

En el centro de salud no hay una persona especialmente encargada de dar orientación y asesoría nutricional, si esta persona indagara de forma adecuada las motivaciones que llevan a las mujeres a comer de determinadas formas, las información recopilada podría derivar en programas de apoyo para la comunidad ya que no siempre es que se carezca de conocimiento hay situaciones difíciles relacionadas con falta de redes de apoyo o dificultades económicas en donde la orientación alimentaria queda muy limitada y se requieren de otro tipo de estrategias.

La orientación alimentaria no debería de terminar en recomendaciones que intenten modificar hábitos, sino encaminarse a estrategias que faciliten el acceso a una dieta sana y se acerquen a las dinámicas cotidianas. Las recomendaciones deben de cuestionarse y buscar estrategias integrales para prevenir problemas de salud relacionados con la alimentación en donde tanto las personas que reciben la orientación como sus familias participen activamente.

Experiencias sobre enfermedades propias o cercanas que impliquen cambios en la forma de comer configuran sus creencias sobre cómo debe ser una alimentación sana y adecuada independientemente de las recomendaciones,

incluso aunque se contrapongan. Cuando alguna práctica alimentaria les funciona, las hace sentir bien, les gusta, les es práctica y se ajusta al bolsillo la consideran como que hacen lo correcto, una vez más independientemente de si es recomendada o no por el médico, más cuando ya han tenido otros embarazos.

Aunque ellas referían que las recomendaciones van enfocadas a estar sanas o a que su bebé este sano, a lo largo de la entrevista se vislumbran diferentes percepciones sobre lo que es sano. Sano no tiene el mismo significado para todas. Para algunas sano puede referirse a comer mucho, comer lo que el bebé le "pida" por medio de los antojos, comer para no engordar, comer lo que se apetece, comer lo que el médico le dice; esta percepción como se menciona está configurada por experiencias pasadas, recomendaciones médicas o creencias tradicionales. Sin embrago partimos de obviar que todas las personas entienden lo mismo por "saludable". Un orientador debería indagar sobre lo que las personas consideran sano, comida buena y/o mala. En todo caso, lo que es sano para el orientador puede no serlo para los individuos. Es importante mencionar que conocer estas creencias no es para poder modificarlas, sino que a partir de ellas se busque proporcionas herramientas para procurar prácticas sanas que impliquen una mejor salud de las mujeres y de sus hijos.

La experiencia resulta en un eje sobre el que se toman decisiones alimentarias. Existen diferentes formas de comer ligadas a la cultura y experiencia de cada mujer, sentimientos ligados al embarazo y la vivencia del mismo. Muestra de ello es que las mujeres que referirán sentirse felices por su embarazo eran las que buscaban seguir más de cerca las recomendaciones referidas por los médicos.

Normalizar la alimentación basados en recomendaciones médicas es tarea compleja. Todas las recomendaciones tiene un porque, no siempre conocido, incluso aunque se sepa o se conozca por tradición, no se lleva a cabo a menos de que haya alguna motivación, el embarazo como tal no siempre es motivo como se podría llegar a pensar; a pesar de que las mujeres reconocen la importancia de la alimentación de sus hijos a través de ellas, incluso de ellas mismas, son hechos sociales (edad, composición familiar, número de embarazos, vivencias ligadas a la salud y al embarazo, percepción sobre lo sano) las que configuran la reinterpretación de los mensajes sobre salud.

La comida se liga a los sentimientos; cuando las mujeres se sienten bien después de llevar a cabo ciertas recomendaciones confían en ellas y en sus médicos y además se sienten entusiasmadas por su embarazo, intentan adaptarlas de la forma más práctica a su vida cotidiana.

4.1.5.1 Control de Peso

Aunque no fue objetivo particular de la tesis analizar las implicaciones del embarazo y de la obesidad, surge como tema relevante en los testimonios. La preocupación por "cuidarse para no quedar gorda" no surge el embarazo, es una preocupación anterior de las mujeres a cuidar su peso. Sin embargo además de estas mujeres que si refieren prácticas para no subir de peso durante el embarazo, están a quienes los médicos recomiendan cuidar no subir mucho de peso, en contraste con las primeras, estas embarazadas dicen comer lo que se les antoja y no preocuparse por ello "*no importa si quedan gordas.*"

Existen recomendaciones encontradas, la de comer poco y la de comer mucho o comer “por dos”; en este punto se da un encuentro de saberes ligados a la desnutrición y anemia por un lado, con los ligados a la obesidad; a la vez se va vislumbrando una cierta duda y rechazo de los saberes tradicionales, las mujeres dudan de que comer por dos sea cierto, sin embargo esto no siempre quiere decir que coman menos.

¿Comer mucho? ¿Comer poco? … algunas a pesar de las recomendaciones quieren comer mucho y otras no quieren comer, principalmente las adolescentes o las que refieren no querer quedar “gordas” después del embarazo (esta preocupación es independiente de la edad que tengan).

La obesidad a pesar de ser percibida como dañina para la salud y como algo malo, y a pesar de que actualmente en el mundo es reconocida como enfermedad, no tiene el mismo estatus en importancia que otro padecimiento u enfermedad. Son otro tipo de enfermedades las que realmente modifican los hábitos alimentarios de las mujeres: gastritis, colitis, preeclampsia y sintomatologías como náuseas y vómito. Dichos padecimientos tienen en común que su sintomatología es clara, actual y forzosamente requiere modificar hábitos, situaciones que no suceden con la obesidad.

La prevención de la obesidad se vuelve compleja, existe una cierta creencia la cual destaca que estar “gordas” o “subir peso de más” no es adecuado para el embarazo y que los bebés pueden nacer con sobrepeso.

Las personas tienden hacia la incertidumbre alimentaria, a no saber que es bueno, malo, o mejor; por otro lado desde la orientación alimentaria se pone empeño en clasificar alimentos como buenos y malos o los que engordan y los sanos o que ayudan a no subir de peso, paradigmas que además cambian conforme a avances científicos lo cual crea relaciones poco satisfactorias con la comida, culpas e incertidumbres a la hora de comer; hacen que el comer sano sea cuestión de "*fuerza de voluntad*", los médicos a pesar de reconocer que estas mujeres tienen escaso acceso a los alimentos, hacen hincapié en la responsabilidad individual.

La orientación alimentaria se queda corta si las mujeres no son capaces de elegir libremente que es lo que quieren comer ya sea por cuestiones de diverso tipo, género, económicas, culturales, sociales y/o psicológicas.

Los paradigmas en torno a la alimentación van cambiando, los saberes se van encontrando unos con otros, los saberes médicos tienen un poder superior a los tradicionales de ahí que se dé una configuración de nuevos saberes, descalificando a los tradicionales y dándoles mayor peso a los médicos, surgiendo una mezcla de ambos en las percepciones.

"entre más como más crece"

4.1.5.2 Responsabilidad de las mujeres, cuestiones de género que impactan en la percepción de las recomendaciones.

Cuestiones de género entendidas como actividades de la rutina cotidiana asignadas por la sociedad de manera diferencial por el hecho de ser mujeres, se vislumbran claramente en los testimonios. Esta serie de actividades tienen un

papel en la transmisión, recepción y reinterpretación de las recomendaciones sobre alimentación.

Durante el texto ya se han mencionado diferentes cuestiones ligadas a aspectos de género como el cocinar, el cuidado de los hijos, las acciones de autocuidado y cuidado de la salud de la familia y el “control” de la alimentación de las mujeres por parte de sus parejas.

El que una mujer se asuma y sea asumida por su contexto social como la responsable de actividades como la compra y preparación de alimentos y el cuidado de los hijos, la “obliga” a estar más informada sobre cuestiones de nutrición-alimentación. Son las que modifican las creencias alimentarias si por ejemplo, se enferma uno de sus hijos, busca ofrecer alimentos recomendados, o buscan recetas para tener más ideas “saludables” para cocinar en el hogar.

Sus madres, al ser mujeres, son las principales encargadas de transmitir este conocimiento, hermanas, cuñadas y suegras de la misma forma. El encuentro de saberes dependerá del poder que la embarazada asigne a cada una de estas actoras.

Las adolescentes aun no asumen este rol, las recomendaciones les son más ajenas porque son sus madres o suegras quienes les cocinan, sin embargo empiezan poco a poco a asumir el rol asignado mencionando que están aprendiendo a cocinar, incluso aunque no les guste. El matrimonio y el ser madre implican la modificación de actividades diarias específicas por el hecho de ser mujeres.

Existen testimonios que mencionan un rechazo a este rol, sin embargo la mayoría lo sigue haciendo por “obligación”, las conductas normativas se refuerzan, solo en pocos casos los hombres intervienen en actividades relacionadas a la compra y preparación de alimentos. Solo un testimonio muestra un cambo de rutina ya que refiere que a su pareja como la encargada de la cocina.

Las mujeres que trabajan refieren tener menos tiempo para estas acciones sin embrago las siguen realizando, en algunos casos el embarazo implica más apoyo en labores domésticas por parte de los miembros del hogar. Ya Salas (2011) mencionaba que aunque las parejas contribuyen a las labores domésticas el tiempo asignado suele ser menor, en esta tesis no se analizaron las prácticas, pero las mujeres perciben estas actividades como de “ayuda”.

El acceso que las mujeres tienen al dinero se refleja en las percepciones de las recomendaciones, hay quienes refieren no poder comprar alimentos recomendados ya que su pareja no les dejó suficiente dinero, sin embargo son ellas quienes eligen lo que se consume en el hogar por el poder que les otorga su rol de mujeres sobre estas actividades.

Sus parejas, cuando tienen un poder y jerarquía superior al de ellas son los encargados de vigilar que las recomendaciones se cumplan, ellos adquieren el conocimiento en el mismo contexto y tiempo en que se desarrolla el embarazo, principalmente durante la consulta, mediante la información que el médico otorga o lo que escuchan de otras fuentes. Ellas perciben esto como que sus parejas se

preocupan por ellas, también son “proveedores” de antojos, lo cual se percibe como atención.

Durante los testimonios se comprobó que existen una serie de saberes médicos que se han hecho parte del saber doméstico como lo es el consumo de frutas y verduras, agua, leche, y la evasión de las grasas y azúcares reflejando relaciones de poder entre las mujeres y los médicos; independientemente de si los médicos son hombres o mujeres, ellos perciben sus propios conocimientos como superiores a los de las mujeres, al calificar a los saberes de las embarazadas como “*basados en tradiciones y costumbres*” .

Las mujeres asumen la responsabilidad del cuidado de la salud de ellas mismas y de los miembros de hogar. Reconocen que lo que ellas comen repercute en la salud de sus hijos. Cuando ya tienen hijos y éstos presentan un problema de salud o incluso, como en dos de los casos, mueren, las madres refieren responsabilidad y culpa, asocian una mala alimentación anterior con que hayan ocurrido dichos eventos. Si no ha sucedido un hecho como tal, aun así las madres reconocen que si sus hijos presentaran un problema de salud sería consecuencia de su mala alimentación o de sus decisiones alimentarias.

4.1.5.3 **La preparación de los alimentos.**

Los hábitos alimentarios también se reflejan en el tipo de platillos, la forma de preparar, los ingredientes utilizados, las cantidades servidas, el número de tomas alimentarias en el día y la compañía a la hora de comer. Esto cambia en cada

núcleo doméstico. A raíz del embarazo el núcleo doméstico se puede modificar, el rol de la mujer también, al ser la mayoría de los hogares, hogares compuestos, esto determina las dinámicas en torno al hecho alimentario. Es la dinámica en el hogar la que determina las formas diferentes de comer.

En el caso de las adolescentes algunas de ellas se van a vivir con sus parejas, solos o con sus suegros; cuando se van a vivir con sus suegras es más común que tengan que modificar sus hábitos incorporando alimentos que antes no comían.

Independientemente de si son adolescentes o no, el conformar o el haber conformado un núcleo doméstico implica un encuentro de costumbres diversas, en este caso existe una re incorporación de alimentos y platillos que aporta cada uno, dominando las costumbres de la familia encargada de la compra y preparación de los platillos y a la “dueña” del espacio físico.

Si no se sabe cocinar se tiene que adecuar a lo que se cocina en la familia; si en la familia alguien tiene la creencia de que las embarazadas deben de comer más, ellas refieren que les sirven platos muy grandes, incluso dobles; pero si por el contrario la familia tiene la creencia de que deben de comer poco o de evitar el consumo de determinado alimentos, les esconden la comida considerada “mala” y constantemente les recuerdan que deben cuidar su peso y/o su alimentación.

En el embarazo las mujeres entrevistadas que tenían náuseas y vómito no querían cocinar, esto les provocaba náuseas, sin embrago al ser responsables de la alimentación de otros miembros de la familia seguían cocinando aunque ellas

preferían comer alimentos que no necesitaban de cocción como frutas, verduras y agua.

Para la mayoría de las mujeres entrevistadas no es grato cocinar, requiere tiempo, esfuerzo y creatividad a la hora de preparar los platillos, desde la medicina se recomienda comer determinados alimentos, incluso nutrimentos, pero en pocas ocasiones se dice cómo hacerlo. Para las mujeres es de interés escuchar recetas de comida saludable y darse ideas de que hacer de comer. Se necesita enfatizar a la hora de hacer orientación en la forma de preparar alimentos.

4.1.5.4 Número de Embarazos.

Las creencias son diferentes entre las madre que ya tienen hijos y la primigestas. Para las primeras, el ya haber vivido un embarazo les da confianza en sus propios juicios y decisiones sobre lo que se debe comer y no, independientemente de las recomendaciones médicas, aunque cada embarazo sea diferente (en uno pueden tener muchas molestias, náuseas, vómitos, antojos y el otro ser completamente distinto) las preocupación por la salud también es distinta; las madres multíparas tiene diversas preocupaciones, ya no sólo el embarazo, sino el cuidado del otro hijo, este hecho marca completamente la divergencia, en el primer embarazo ellas refieren tener más cuidados y ayuda de las personas, incluso reciben más información y recomendaciones que cuando ya se es el segundo, tercer, o cuarto embarazo, en el cual además disponen de menos tiempo para la preparación de alimentos.

4.1.5.5 Antojos y gustos durante el embarazo

Los antojos aparecen como algo que "*se debe de hacer*". Un antojo en el embarazo es diferente a un antojo "cotidiano", se convierte en algo relevante relacionado incluso con la salud del bebé. Los antojos suelen ser diferentes en cada embarazo y en algunos casos son compartidos con la pareja, incluso ellos pueden llegar a tener más antojos. Ya se ha analizado esta correspondencia dentro de un patrón subconsciente de reconocimiento de paternidad. (McElroy y Townsend, 1996).

El que el esposo le cumpla los antojos a su pareja se percibe como una actitud de apoyo. Los esposos cumplen antojos independientemente de si son considerados saludables o no… es distinto de si les esconden la sal o el refresco, si es antojo se "solidarizan" comprándolo y/o compartiéndolo.

El tener hijos implica lidiar con sus propios antojos y con los de los hijos también ya que las madres con hijos refieren una gran influencia de las preferencias y gustos de sus hijos en sus decisiones alimentarias.

El antojo es una guía del consumo durante el embarazo. Las frutas frescas son de fácil aceptación y dicen sustituir los dulces con ellas, además de que les calman las náuseas; alimentos como la carne y el pescado, altamente recomendados por los médicos, les causan nauseas.

Los alimentos se piensan antes de ser ingeridos, se piensa que se antojan; en ocasiones por influencia de la publicidad se modifican creencias. Un ejemplo es el caso del agua, la mercadotecnia ha difundido que el agua ayuda a "eliminar lo que

el cuerpo no necesita” en el embarazo se recomienda tomar mucha agua, una embarazada bajó de peso y lo atribuyó a tomar mucha agua.

El agua es un tema prioritario, en México (país de alto consumo de refresco) se ha perdido esta costumbre, sin embargo según los referido en los testimonios una vez que se empieza a hacer es fácil acostumbrarse al hábito.

El constante antojo de comidas industrializadas como los “Chetos®” y “Sopas Maruchan®” se pasa de largo por los médicos quienes ponen mayor énfasis en recomendar disminuir el consumo de pan y tortillas (alimentos básicos en el esquema de alimentación de las mujeres).

Antes la principal creencia de comida en el embarazo era comer por dos, ahora existen creencias de que no se debe comer mucho, moderar el hambre. Sin embargo la primera continúa existiendo, trasmitida por abuelas y madres, descalificada por las embarazadas.

El refresco a pesar de su alto consumo en México, se reconoce como alimento dañino que se debe dejar de tomar, además de que en ocasiones su consumo se asocia a malestares en el cuerpo como dolor en los riñones. Además se asocia mucho el comer en la calle con tomar refresco. Durante el embarazo es común que ellas no quieran arriesgarse a comer en la calle por miedo a adquirir alguna enfermedad y saber que no deben de tomar medicamentos porque esto daña al bebé.

Durante el embarazo es aceptado comer alimentos a fuerza, independientemente de los gustos.

Cuando se preguntó cuáles son los alimentos o platillos que más les gusta comer, las respuestas fueron diferentes a los antojos. En los gustos “comunes” se reflejan platillos típicos de cocinas de diferentes países (china, italiana, mexicana, etc.).

En esta etapa los gustos se modifican, la comida grasosa y alta en azúcar frecuentemente causa náuseas, cuando existe un malestar se buscan otras opciones, si esto conlleva una sensación de bienestar ellas dicen aceptar muy bien nuevos alimentos, pero les sigue implicando un esfuerzo.

“El que tu veas la mejoría, que tu realmente necesitas sentirte mal y hacerlo para que sentirte bien y dices: híjole si puedo sentirme bien por qué no esforzarme un poquito ¿no?”

4.1.5.6 Trabajo y Escuela.

Tanto la escuela, cuando se es estudiante, como el lugar de trabajo se convierten en lugares en donde las mujeres pasan mucho tiempo y determinan el tener ciertos hábitos como comer en la calle o comer comidas de fácil acceso como papas y sopas Maruchan®. Estos alimentos se consumen con frecuencia.

Las mujeres que trabajan fuera de casa, pasan la mayoría del día en sus lugares de trabajo, hacen desayunos y/o comidas ahí, en donde muchas veces se pueden encontrar con distintas prácticas alimentarias que influyen y modifican su forma de comer.

Es prioritario estudiar a los lugares de trabajo, las escuelas y las dinámicas de sociabilización que se dan en ellas para apoyar con estrategias pertinentes que entiendan el contexto social y cultural de las embarazadas en éstos ambientes.

Se debe de tomar en cuenta que muchas mujeres dejan de trabajar o estudiar durante el embarazo, esto por un lado, según lo referido por ellas, favorece a que tengan más tiempo para preparar y planear sus comidas, sin embargo también pasa que su situación económica se vea afectada y repercute dificultades para el acceso a alimentos.

"no se puede dar el gusto de tomar lo que me recomiendan"

4.1.5.7 Embarazo en la adolescencia.

Las adolescentes frecuentemente referían no tener hambre, las familias les insisten constantemente en que tienen que comer, sólo una de ellas decía comer mucho. Los hábitos comunes que ellas refieren son comer comida "chatarra" como Chetos®, Maruchan® o mucho picante; o comer "lo que sea".

La entrevistada más joven se dice nerviosa, presenta nauseas, creencias tradicionales respecto a los antojos… tiene más hambre pero se modera.

Las adolescentes son un grupo que requiere atención. Los programas de prevención deben tomar en cuenta estrategias de apoyo que incluyan el facilitar el acceso y la elección informada a alimentos saludables así como orientación y sobre todo la creación de redes de apoyo que influyan en fortalecer su salud emocional y con ello permitirles elegir libremente la forma de alimentarse, que según lo encontrado en estos testimonios, el tener un mejor soporte social les ayudará a elegir mejor.

El embarazo adolescente carece de soporte social, no se discute en esta tesis si el embarazo adolescente es un problema (está claro que para los médicos lo es,

pero en esta comunidad es muy común) lo que sale a la luz es la falta de soporte social, las adolescentes enfrentan muchos cambios físicos y sociales, tienen pérdida de apetito y están acostumbradas a comer comidas de alta densidad energética.

Debido a la alta frecuencia de embarazos adolescentes encontrados se podría pensar que para esta población el embarazo en estas edades significa algo común. Surgen algunas interrogantes no indagadas en esta tesis por ejemplo, hasta qué punto estas mujeres tiene poder sobre su cuerpo y la decisión de querer embarazarse o hasta qué punto un embarazo interrumpe o pospone sus planes y proyectos de vida. Esto no fue analizado ya no era objetivo de esta tesis sin embrago dadas las prácticas alimentarias de estas adolescentes podría ser un tema relevante de análisis y discusión.

4.1.5.8 Cuidados en el embarazo.

Independientemente de la alimentación, cuando se preguntaba de recomendaciones para el embarazo salía a la luz que las mujeres no deben de hacer trabajos pesados (trabajos domésticos como lavar, planchar, limpiar) lo cual menciona Quezada (1975) como cuidados importantes desde la época prehispánica en México, sin embargo ellas mencionan que los siguen haciendo y las siguen “regañando” por hacerlos. A excepción del caso de una mujer que se dedica a labores domésticas a la que su patrona le dice que no trabaje, y otra que ya tiene 3 hijas grandes quienes junto con su esposo le ayudan en algunas

labores; el resto nunca mencionan quién las sustituye en estas labores que les prohíben.

La carga laboral durante el embarazo puede llegar a convertirse en el triple: labores domésticas, labores fuera del hogar y los cuidados del embarazo (cuando el embarazo se medicaliza). Esto se convierte difícil de manejar más cuando no se tienen redes de apoyo. Las embarazadas llegan a sentirse solas.

4.1.6 Ni tradicionales ni médicas… Nuevas creencias.

Las mujeres entrevistadas que han tenido una inquietud previa por modificar su alimentación, movida por alguna enfermedad o influencia de recomendaciones médicas, buscan nuevas formas de comer, basadas en saberes dominantes como comer más frutas, verduras, tomar agua, comer más fibra, a la vez existen casos que se interesan por una alimentación más “natural”, “saludable” o por el vegetarianismo.

A la par se descalifica o duda de los saberes tradicionales aunque los practiquen (muchos saberes tradicionales vienen de tradiciones mesoamericanas, incluido la necesidad de satisfacer los antojos que ya reconocían los mexicas (Quezada, 1975)).

Los saberes tradicionales se van modificando, es necesario ahondar en su transformación, origen y entendimiento con el fin de contribuir a la comprensión del cambio alimentario. No está claro que al cambio alimentario esté ligado a una cuestión de clases sociales, sino a una transición entre lo tradicional y lo médico, en un poder y unificación de las formas saludables de comer difundidas por la

medicina dominante que si impactan en las percepciones y creencias sobre lo bueno y malo para comer.

Cuando se *prohíbe* se busca sustituir por otro alimento. Las frutas y las verduras, yogurt y galletas se utilizan para remplazar la comida llamada por ellas “chatarra o chácharas” (altamente energética); es en las colaciones en donde podría estarce incrementando el consumo de fruta.

Cuando mencionan comer algo a “fuerza” cambia su connotación de alimento a medicamento. Quienes desmienten los saberes tradicionales han tenido más contacto con los paradigmas médicos dominantes, lo que les hace dudar de ellos sin embargo no está clara esta transformación de las prácticas y costumbres, tema relevante para profundizar.

Si se va a opinar sobre que deben de comer las mujeres embarazadas se debe de indagar sobre la vivencia del embarazo (significados, estado de ánimo, redes sociales) y sobre propios hábitos, motivaciones y barreras.

“*Tú sabes que es difícil pero todo lo bueno cuesta”,*

Paisajes alimentarios.

Entre mercados y comida callejera, las mujeres se dan ideas, piensan los alimentos y elijen que comer. Esto es algo que se puede retomar a la hora de hacer recomendaciones, indagar en los lugares en que se compra la comida, conocerlos y en base a lo que haya disponible en esos lugares ayudar a elegir a las mujeres así como incidir en el correcto acceso y distribución de los alimentos.

La comida de la calle tiene una etiqueta de comida que “engorda” o comida alta en grasa y poco higiénica. Se disfruta mucho comer en estos puestos callejeros, se hace por gusto y por tiempo, es práctico y de muy fácil acceso.

Los médicos tiene presente que las mujeres tienen un acceso limitado a los alimentos sin embrago las responsabilizan de comer comida no nutritiva para ellos.

El que se tenga una necesidad ex profesa de buscar orientación marca la diferencia en que se sigan o no las recomendaciones. Es claro que tiene que existir una necesidad para buscar un cambio.

Las embarazadas que referían tener hábitos saludables como tomar agua, comer frutas y verduras, refieren a su madre como la persona que les enseño estos hábitos desde pequeñas.

4.1.7 ¿Se necesita una orientación alimentaria?

Algunas embarazadas muestran la necesidad de recibir orientación alimentaria, necesidad un tanto creada por toda la información sobre alimentación difundida. Cuando las mujeres entrevistadas comían de forma excesiva y/o llegaban a sentir un malestar acudían con el médico, o buscaban a una nutrióloga, incluso algunas mencionan que les gustaría saber más sobre alimentación. Como ya se mencionaba la difusión de la nutrición en la actualidad va creando esta necesidad.

Sin embrago aunque las mujeres pidan este tipo de orientación, si la comunicación con el médico no logra ser efectiva, y se convierte en un monólogo de información,

el nulo dialogo médico-paciente condicionará al fracaso dicha orientación. En ocasiones las mujeres se quedan con dudas, preguntas o lo que les dicen no tiene nada que ver con la forma en que realmente se alimentan.

En dos ocasiones se mencionó al Plato del Bien Comer (PBC), estrategia que desde la medicina institucional se utiliza para orientar a la población sobre cómo debe ser una alimentación sana, sin embargo esta información no fue comprendida, crecía de contenido y de sentido hacia su vida cotidiana ya que estas mujeres refirieron no acordarse de lo aprendido sobre esta herramienta.

Las mujeres dejan ver la necesidad de otro tipo de atención e información, más enfocada a un "acompañamiento" en donde los médicos les hablen sobre su embarazo, sobre el desarrollo de su bebé y sobre dudas específicas que impactan en su salud. Esto no intenta quitarle la importancia a los asuntos médicos, pero, los asuntos meramente técnicos parecen estar dejando de lado aspectos que ellas perciben como importantes para el desarrollo de su embarazo.

No hay un acompañamiento y una escucha atenta hacia las mujeres… se obvian muchas situaciones, se juzgan y/o se dan por hecho muchas otras. Se debe indagar con certeza, es en este punto donde surge la pregunta, ¿una orientación alimentaria confusa se vuelve más peligrosa que benéfica?

El siguiente esquema (cuadro 30) tiene como objetivo visualizar la construcción de percepciones sobre alimentación en las embarazadas entrevistadas en donde cada apartado esquematizado se influye el uno con el otro, mostrando que las creencias y percepciones son dinámicas, influenciadas por una serie de

determinantes de la vida cotidiana y de la sociabilización en torno al hecho alimentario.

Cuadro 30 Construcción de percepciones sobre alimentación en las embarazadas.

4.1.8 Alcances y limitaciones de la Tesis.

El análisis que surge de esta tesis pretende estudiar el impacto de las recomendaciones dietéticas de la medicina en las creencias y percepciones de las mujeres reconociendo que existen distintos saberes que se influyen mutuamente con el fin de proponer distintas formas de estudiar a la alimentación y conocer los hechos sociales que configuran las practicas alimentarias en estas mujeres. (Ver cuadro 31).

Cuadro 31. Descripción de los alcances y limitaciones de la presente tesis.

Alcances	Limitaciones
Dar cuenta de cómo las mujeres embarazadas organizan el conocimiento y sus experiencias alimentarias, cómo las perciben y cómo las comunican. Identificar diferencias y semejanzas según distintas características de las mujeres entrevistadas. (edad, número de embarazos, composición del hogar y situación laboral). Identificar el comportamiento convenido o aceptado por una buena parte de la población cuya función será de guía o modelo. (Gracia y Contreras, 2005).	Es importante destacar que con esta tesis no se pretende conocer las prácticas alimentarias de las mujeres embarazadas, es sólo un acercamiento al conjunto de normas que se supone preceden estas prácticas reconociendo que los datos obtenidos no tendrán el mismo nivel de realidad del hecho social alimentario. Las representaciones justifican lo que piensa el individuo pero eso no siempre se convierte en lo que realmente se hace. (Poulain, 2002; Contreras y Gracia, 2005)

4.2 Conclusiones

Existe una marcada polaridad en las recomendaciones que va de comer mucho a comer poco para no engordar.

En la diversidad de recomendaciones influyen las propias creencias del personal médico encargado de brindarlas. Los médicos consideran como dañina la cultura

alimentaria de estas mujeres sin embrago, para algunos el problema es la anemia, para otros la obesidad o la edad en que se embarazan. Las recomendaciones de la medicina institucional son una especie de receta médica plasmada en libros, manuales y normas que se modifican por la propia cultura alimentaria de los médicos y se vuelven a modificar por la percepción que estos tengan sobre la cultura alimentaria de las persona a quién le están brindando la información, de ahí que existan un sin fin de recomendaciones que no reconocen la vida cotidiana de las mujeres, volviéndose una lista de palabras muy alejada de lo que es el hecho alimentario; se conoce pero se olvida, además de la falta de pertinencia en la información brindada cuando realmente es necesaria (anemia en adolescentes).

Las que refieren más prácticas de autocuidado tienen una conciencia de responsabilidad en donde se requiere disciplina; el cuidado de su cuerpo y de su salud le significa algo importante.

El ser madre primeriza o el tener riesgos de salud en el embarazo influye en la preocupación prioritaria de la salud del hijo sobre la de la madre.

Las recomendaciones alimentarias si impactan en las percepciones y creencias en torno a la alimentación, tanto que, la nutrición y lo obesidad se convierten en temas cada vez más cotidianos.

La alimentación durante el embarazo a pesar de su impacto en la salud de la madre y del bebé solo cobra relevancia cuando se tiene algún otro padecimiento, de lo contrario se considera que la forma de alimentarse debe de ser “normal” (sin recomendaciones médicas), sin embrago se encuentran mujeres con

preocupaciones exprofesas sobre su forma de comer (cuidado del peso y prevención de la obesidad) que surgen desde antes del embarazo, persisten y en algunos casos se intensifican durante este.

Las recomendaciones alimentarias no son simples mensajes que se emiten de forma sencilla, homogénea y masiva, se necesitan de diseños puntuales de educación en salud y políticas públicas que garanticen el libre acceso y elección de alimentos, que permitan una vida digna, plena con libertad y posibilidad de desarrollo de habilidades en todas las esferas de la vida de una mujer de lo contrario la creciente cotidianidad en el tema podría intensificar relaciones poco favorables con los alimentos lo que puede generar estrés, angustia, percepciones erróneas y dietas poco adecuadas.

La sociabilización del acto de comer, es punto eje como herramienta para comer más sano. Es necesario hacer más análisis sobre cómo se da el cambio alimentario, como se están modificando las creencias tradicionales y surgiendo otras nuevas en donde la nutrición es cada vez más un tema de relevancia, moda y hasta podría decirse, el comer sano un estilo de vida que se persigue.

Las relaciones sociales es en donde se expresa la cultura; familia, esposo, madres, suegras y patronas determinan con mayor fuerza el cambio de creencias y percepciones en torno a la alimentación. Las mujeres refieren prácticas aprendidas en la infancia como las más duraderas.

Por otro lado se deben de estudiar las costumbres alimentarias de los médicos y como estas reconfiguran a los saberes alimentarios.

La información que dan los médicos se olvida o se hace difícil de llevar a cabo, uno de los motivos encontrados es que no se siente atracción por alimentos que recomiendan, la cocina les da otro significado, se hacen más atractivos. Los alimentos tienen que significar algo, estar ligado a experiencias y necesidades, la cocina los transforma y los hace comestibles.

A pesar de que los médicos intenten orientarlas y educarlas, la educación no es lo mismo que brindar información, la primera requiere de un proceso largo y esquemático. Los médicos no tienen el conocimiento ni las herramientas suficientes para hacerlo, si se va a emitir una recomendación alimentaria a una población específica se necesita conocerla, interaccionar con ella y ser las propias mujeres quienes tengan una participación central, externen dudas, inquietudes y propongan soluciones a sus problemas de alimentación, no a los que los médicos creen que son sus problemas.

Los médicos y el personal de salud a través de sus experiencias deben de contribuir a la difusión de necesidades de la comunidad con el fin de procurar un consumo responsable y asegurar la libertad en las decisiones alimentarias.

El formar recursos humanos en salud con esta visión posibilita articular nuevas estrategias de brindar recomendaciones alimentarias, que no culpabilicen, individualicen ni estigmaticen; que busquen acciones que respalden estas recomendaciones, principalmente el acceso a alimentos saludables, acceso a orientación alimentaria ***adecuada*** , regularización de la publicidad alimentaria y equidad de género, con el fin de que de manera colectiva se demande el derecho

al acceso de alimentos saludables y se busquen prácticas alimentarias en pro de la salud.

Queda claro que las acciones propuestas desde la medicina institucional y por el personal médico no han hecho un análisis crítico de la compleja naturaleza del comportamiento alimentario (Gracia M., 2007) por lo que se vuelve esencial incorporar nuevas acciones que integren las relaciones entre alimentación-nutrición y consumo. Se necesita constituir una teoría para la praxis médica en torno a la alimentación. (Aguirre, 2004-258)

Embarazo ¿periodo vulnerable o vulnerado? De una visión asistencialista a una visión de derechos.

Muchos estudios antropológicos enfatizan en la importancia de las redes sociales de las embarazadas para encontrar sus necesidades emocionales y físicas (McElroy y Townsend, 1996)

Los sistemas de salud juegan un papel en el desarrollo del bienestar de estas mujeres, pudiendo ser un sistema de soporte o barreras por la falta de pertinencia y mala comunicación médico-mujer.

El vínculo mujer-alimentación está determinado por toda una serie de relaciones entre la comida, la imagen corporal, la salud y el rol de la mujer como responsable de la compra y preparación de los alimentos; estas relaciones crean un vínculo cargado de tensiones entre la mujer y su comida. Durante el embarazo este vínculo podría modificarse en función de la idea de que el cuerpo de la mujer

embarazada se convierte en cuerpo para otro(s) y además de que podría significar una mayor atadura a las recomendaciones o todo lo contrario.

Como alcances de esta tesis se puede mencionar el hacer énfasis que desde la medicina social se pueden aportar estudios cualitativos que visibilicen la necesidad de que las mujeres embarazadas cuenten con redes sociales que las acompañen en su embarazo; poner énfasis en que se debe procurar que desde la medicina, en lugar de o además de dar “recomendaciones” “regañar” y vigilar la alimentación de las mujeres poniéndolas en una situación de vulnerabilidad, se trabaje bajo una lógica de acompañamiento, brindando herramientas para apoyar a los profesionales de la salud por medio de análisis críticos que permitan entender los fenómenos que inciden en el hecho alimentario y de esta forma hacer propuestas claras para transformarlos desde las dinámicas sociales, culturales y psicológicas.

Una limitación de esta tesis fue el no haber entrevistado, por cuestiones de tiempo, a todos los demás actores sociales que emitían recomendaciones e influían en las percepciones de las mujeres con el fin de analizar como ellos perciben el embarazo y el rol que asignan a las mujeres con el fin de tener una visión de fuera (que no es la de las mujeres) pero más cercana que la de los médicos, a como ellas viven estas recomendaciones. De la misma forma por cuestiones de tiempo no se pudieron observar las prácticas alimentarias de las mujeres.

Surgen las siguientes interrogantes a partir de este análisis. De acuerdo a las características de la zona y a la prevalencia de creencias tradicionales, analizar por un lado la transformación de las recomendaciones alimentarias en el tiempo y como se están configurando nuevas creencias y prácticas; el impacto de las recomendaciones alimentarias en prácticas tanto benéficas como perjudiciales para la salud y profundizar en problemas de obesidad y sobrepeso, creencias ligadas al control de peso y prácticas que pudieran resultar contraproducentes para la salud alentadas por la propia medicina o avances en la nutrición.

La nutrición debe de cambiar su forma de hacer las cosas, dar recetas sobre lo bueno o malo para comer parece solo confundir y crear relaciones nocivas con la salud y la alimentación; la tarea está enfocada a comprender las diferentes formas de comer, los aspectos sociales, culturales, económicos y psicológicos que determinan estas diferentes formas de comer, no es lo mismo brindar orientación alimentaria individual que diseñar programas de alimentación colectivos en dónde con el fin de orientar a la sociedad se deben de analizar y comprender dichas determinantes con el fin de adaptar las recomendaciones a las necesidades particulares de cada grupo y apoyar con estrategias de soporte que modifiquen el contexto y ambiente social, crear oportunidades de desarrollo y bienestar social en dónde los individuos sean libres y consientes de elegir ya que teniendo un ambiente sano es el único camino para tener una población saludable.

Bibliografía.

Adam, P., Herzlich, C. (2007) Santé, Maladie et leurs interprétations culturelles et sociales. En: Colin, A. Sociologie de la Maladie et de la Medicina. París 71-74.

Aguirre, G. (1994) Antropología Médica. Sus desarrollos teóricos en México. Universidad Veracruzana. Instituto Nacional Indigenista. Gobierno del Estado de Veracruz. México: Fondo de Cultura Económica

Alianza por la Salud Alimentaria (2014) Dieta Tradicional. [Fecha de consulta febrero 2014] Disponible en: <http://alianzasalud.org.mx/dieta-tradicional/>

Anderson, A. (2001) Symposium on 'Nutritional adaptation to pregnancy and lactation' Pregnancy as a time for dietary change? Centre for Public Health Nutrition Research, Department of Epidemiology and Public Health, Ninewells Medical School. Proceedings of the Nutrition Society, 60:497-504.

Appadurai, A. (1991) La vida social de las cosas. México: Editorial Grijalbo.

Arrollo, P. (1998) en: Montiel, L., Porras, I. (coordinadores) De la Responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad. Madrid: Editorial Doce Calles.

Barquera, S., Rivera, J., Gasca, A. (2001) Políticas y programas de alimentación y nutrición en México. Revista Salud Pública de México. 43(5):464-477

Bases Técnicas del Acuerdo Nacional para la Salud Alimentaria. Estrategia contra el sobrepeso y la obesidad. (2010) México: Secretaria de Salud.

Bertran, M. (2011) Incertidumbre y Vida Cotidiana: Alimentación y Salud en la Ciudad de México. Tesis de Doctorado.

Berrio, L. (2010) Culturalismo Médico y Estrategias para el Cuidado de la Salud Materna en la Costa Chica de Guerrero. En: León, B. y Peña, F. La Medicina Social en México III Entre la tradición y la emergencia. (Coordinadores) México: Ediciones EÓN.

Bisogni, C., Jastran, M., Seligson, M., Thompson, A. (2012) How People Interpret Healthy Eating: Contributions of Qualitative Research. Journal of Nutrition Education and Behavior. 44(4): 282-301.

Blanco, J., Sánenz, O. (1994) Espacio Urbano y Salud. Serie Medicina Social. México: Editorial Universidad de Guadalajara.

Bourdieu, P. (1988). La distinción. Criterios y bases sociales del gusto. Madrid: Editorial Taurus.

_____ (1991) El sentido práctico. España: Taurus Ediciones. 91-111.

Branch, R. (2000) Rediscovering the Patient's Role in Receiving Health Promotion Services. Medical Care. 38(1):70-77.

Cardaci, D. (1990) Educación nutricional: mujeres culpabilizando a mujeres. Mujeres y Medicina. México, D.F.: Universidad Autónoma Metropolitana-Unidad Xochimilco. 4:15-24.

Contreras, J. y Gracia, M. (2005). Alimentación y cultura. Perspectivas antropológicas. España: Editorial Ariel.

Cruz, J. (1991). Alimentación y Cultura. Antropología de la Conducta Alimentaria. España.: EUNSA Pamplona.

Cura I., y Huerta R. (1998) Estilos de vida y salud pública: análisis de una estrategia sanitaria en: Montiel, L., Porras, I. (coordinadores) De la Responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad. Madrid: Editorial Doce Calles. 241-253

Díaz, C. y Gómez C. (2008) Alimentación, Consumo y Salud. Barcelona: Fundación “La Caixa”.

Dirección General de Promoción de la Salud. Dirección Ejecutiva de Promoción de Vida Sana. República de Perú. (2004) Lineamientos Técnico Normativos Para La Promoción De Alimentación y Nutrición Saludable. Perú.

Esteban, M. (2006). El estudio de la salud y el género: las ventajas de un enfoque antropológico y feminista. Buenos Aires: Salud colectiva. 2(1):9-20.

_____. (2004) Antropología del cuerpo. Género, itinerarios corporales identidad y cambio. España: Ediciones Bellaterra.

FACMED: Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de México. Carpeta de Información Básica. Centro de Salud T-III Xochimilco.

Featherstone, M. (1991) Cultura de consumo y posmodernismo. Argentina: Amorrortu Editours.

Fieldhouse, P. (1986) Biocultural Perspectives on Nutrition. En Food and Nutrition, Costumes and culture. Chapman & Hall. London.

Fishler, C. (1990) El (h) omnívoro. El gusto, la cocina y el cuerpo. Barcelona: Editorial Anagrama

Foucault, M. (1979) El nacimiento de la clínica, México: Siglo XXI. 1-15.

Galea, S.; Vlahov, D. (2005) Urban Health: Evidence, Challenges, and Directions. Annual Review of Public Health. 26(1): 341-365.

García, P. (2012) La alimentación de los mexicanos. Cambios sociales y económicos, y su impacto en los hábitos alimenticios, Cámara Nacional de la Industria de Transformación, México. 17.

Geertz, C. (2005) La Interpretación de las Culturas. España: Editorial Gedisa.

Giménez, G. (2005). La cultura como identidad y la identidad como cultura. Ponencia presentada en el Tercer Encuentro Internacional de Gestores y Promotores Culturales, Guadalajara. 26-30.

_____ (2007). La concepción Simbólica de la Cultura en: Estudios sobre la cultura y las identidades sociales. México: CONACULTA y TESO.

Gracia, M. (1990) Paradojas de la alimentación contemporánea. España: Icaria Institut Catalá d´Antropologia.

_____ (2002) Somos lo que comemos. Estudios de Alimentación y Cultura en España. España: Ariel Antropología.

_____ (2007). Comer bien, comer mal: la medicalización del comportamiento alimentario. Salud Pública de México. 49: 236-42.

_____ . La transformación de la cultura alimentaria. Cambios y permanencias en un contexto urbano (Barcelona 1960-1990). Madrid: Ministerio de Educación y Cultura.

Gobierno de la República. Cruzada Nacional Sin Hambre. [Citado febrero del 2014] Disponible en:< http:// sinhambre.gob.mx>

Granda, E. (2008) Globalización de los riesgos en salud. Revista de la Facultad Nacional de Salud Pública. Número Especial, 24:111-128.

Green, L.; Ottoson, J.; García, C., Hiatt, R. (2009) Diffusion Theory and Knowledge Dissemination, Utilization, and Integration in Public Health. Annual Review of Public Health. 30(1): 151-174.

Gutiérrez, J., Rivera, J., Shaman, T., Oropeza, C., Hernández, M. (coordinadores) (2012) Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2012. Resultados Nacionales. México: Instituto Nacional de Salud Pública, Secretaría de Salud.

Harris, M. (1985) Bueno para Comer. Madrid: Antropología Alianza Editorial.

Illich, I. (1978). Némesis Médica. México: Editorial Joaquín Mortiz. [Citado en septiembre del 2012] Disponible en: <http://www.ivanillich.org.mx/>

Isuani, EA (2002). Bienestar, consumo y capitalismo: hacia una estrategia de consumo Básico. Revista Socialist. 6.

Koo, D, Miner, K. (2010) Outcome-Based Workforce Development and Education in Public Health. Annual Review of Public Health. 31(1): 253-269.

Labonté, R, Mohindra, K, Schrecker, T. (1992) The Growing Impact of Globalization for Health and Public Health Practice. Annual Review of Public Health. 32 (1):263-83.

Lamas, M. (2002). La antropología feminista y la categoría de género. Cuerpo Diferencia Sexual y Género. Editorial Taurus.

Laurell, C. (1994) Sobre la concepción biológica y social del proceso salud-enfermedad. En: Rodríguez Ma. Isabel (coordinadores) Lo biológico y lo Social, Serie Desarrollo de Recursos Humanos 1, OPS/OMS, Washington D.C. EUA.1-12.

Ling, J.C., Franklin, B., Lindsteadt, J.F., Gearon, S.A.N. (1992) Social Marketing: Its Place in Public Health. Annual Review of Public Health. 13(1): 341-362.

Lipovetsky, G. (2007) La Felicidad Paradójica. Ensayo sobre la sociedad de hiperconsumo. Editorial Anagrama.

López, S., Chapela, C., Hernández, G., Cerda, A. y Outón M. (2011) Concepciones sobre la salud, la enfermedad y el cuerpo durante los siglos XIX y XX. En: Contreras, M.E., y Chapela C. (coordinadores) La salud en México. Pensar en el futuro de México, Colección conmemorativa de las revoluciones centenarias, México: UAM. 51-90.

López, O., Escudero, J.C. y Carmona, L.D. (2008) Determinantes sociales de la salud. Una perspectiva desde el taller de determinantes sociales de ALAMES. Medicina Social. 4(4):323-335.

McElroy, A. y Townsend, P. (1996) Medical Anthropology in Ecological Perspective. WestviewPress. Third Edition. United States of America.

Mennell, S., Murcott, A., Otterloo, A. (1992) The Sociology of Food eating, diet and culture. London: SAGE Publications/International Sociological Association.

Mendoza, M. (2010). La Muerte Materna en México, Expectativas de Solución más allá de los Servicios de Salud. Elementos de Comprensión Teórica e Interpretativa para un Abordaje Cualitativo Necesario. En: Peña, F. y León, B. La medicina social en México I. Experiencia, subjetividad y salud. México: Ediciones Eón. 177-189

Menéndez, E. (1988) Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. Buenos Aires. 451- 464.

_____, (1992) Salud Pública: Sector estatal, ciencia aplicada o ideología de lo posible. En: The crisis of Public Health PAHO, 551 Washington. 92-110.

_____, (1994) La enfermedad y la curación ¿Qué es la medicina tradicional? Alteridades 4(7): 71-83

_____, (1998) Estilos de vida, riesgos y construcción social. Conceptos similares, significados diferentes. Estudios Sociológicos XVI: 46:37-67.

_____, 1990) Antropología médica. Orientaciones, desigualdades y transacciones. México: Cuadernos de la Casa Chata. 179:85-106.

Montesino, S. (s/f). Transmisión transgeneracional de saberes culinarios: género, clase y etnicidad en dos regiones de Chile. Universidad de Chile, Departamento de Antropología. [Citado en noviembre 2011] Disponible en: <http://www.ram2009.unsam.edu.ar/ >

Montiel, L., Porras, I. (coordinadores) (1998) De la Responsabilidad Individual a la Culpabilización de la Víctima. El papel del paciente en la prevención de la enfermedad. Madrid: Editorial Doce Calles.

Meterko, M., Mohr, D.C., Young, G.J. (2004) Teamwork Culture and Patient Satisfaction in Hospitals. Medical Care. 42(5): 492-498.

Nash, M., (2013) Indulgence versus restrain: A discussion of embodied eating practices of pregnant Australian women. Journal of Sociology. The Australian Sociological Association. [Citado en febrero del 2013] Disponible en: <http://jos.sagepub.com/content/early/2013/01/24/1440783312474357>

Norma Oficial Mexicana NOM-007-SSA2-1993. Atención de la mujer durante el embarazo, parto y puerperio y del recién nacido. Criterios y procedimientos para la prestación del servicio. México

_____ NOM-043-SSa2-2005, Servicios Básicos De Salud. Promoción Y Educación Para La Salud En Materia Alimentaria. Criterios Para Brindar Orientación. México.

_____ NOM-169-SSA1-1998, Para la asistencia social alimentaria a grupos de riesgo. México.

Observatorio de Mortalidad Materna en México. [Citado en febrero del 2013] Disponible en: <http://www.omm.org.mx/index.php/indicadores.html>

Oliver, K. (1992) Nourishing the Speaking Subject: A Psychoanalytic Approach to Abominable Food and Women. En: Curtin, D.W. y Heldke, L.M. (coordinadores) Cooking, Etating, Thinking. Transformative Philosophies of Food. Inidana University Press. Bloomington and Indianapolis.

Oniangó, R. y Mukudi, E. (2002) Nutrition and Gender, In Nutrition: A Foundation for Development, Geneva: ACC/SCN.

Ortiz, A. Vázquez, V., Montes, M. (2005) La alimentación en México: Enfoques y Visión a Futuro. Estudios Sociales 13.

Organización Mundial de la Salud. Comisión de Determinantes Sociales de la Salud (CDSS) (2008). Subsanar las desigualdades en una generación: Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre determinantes sociales de la salud", Resumen analítico del Informe Final de la Comisión de Determinantes Sociales de la Salud.

Organización Mundial de la Salud (2011) Conferencia Mundial sobre determinantes sociales de la salud (CMDSS) Declaración política de Río sobre determinantes sociales de la salud, Río de Janeiro, Brasil, 21 de octubre.

Patiño, E. (2005) Educación nutricional y participación; claves del éxito en la nutrición comunitaria. Anales Venezolanos de Nutrición, 18(1): 134-137.

Pérez-Gil, S. (2000). Antropología, género, alimentación y nutrición en México En: Casa del Tiempo. 2(23, 24): 10-17.

Pérez Gil, S., Díez-Urdanivia S. y Vega, A. (2005). El proceso y las prácticas alimentarías en mujeres de dos comunidades rurales de México. I Congreso Latinoamericano de Antropología. Rosario, Argentina, [citado en julio del 2005] Disponible en <http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf/Perez-17.pdf>

_____ (2000). El proceso y las prácticas alimentarías en mujeres de dos comunidades rurales de México. Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Zalvador Zubirán-Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco, México. [citado en septiembre del 2011] Disponible en <http://www.ciesas.edu.mx/lerin/doc-pdf/Perez-17.pdf>

Pérez- Gil, S. y Vega. Romero. (2007). Prácticas alimentarias en mujeres rurales: ¿una nueva percepción del cuerpo? Salud Pública de México. 49(1): 53-62.

Prétecelli, E. (1977) Necesidades sociales y socialización del consumo. En: Terrail, J.P., Necesidades y consumo en la sociedad capitalista actual. México: Grijalbo. 35-90.

Poulain, JP. (2012) Cómo estudiar los fenómenos alimentarios. Disponible en: < http://es.scribd.com/doc/75438833/Como-Estudiar-Los-Fenomenos-Alimentarios-2>

Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (2014) Objetivos de Desarrollo del Milenio. [Citado en febrero del 2014] Disponible en: <http://www.undp.org.mx/spip.php?page=article_noticias&id_article=78>

Rivera-Márquez, JA. (2007) La insatisfacción colectiva de las necesidades de alimentación- nutrición y su relación con la salud-enfermedad. En: Jarillo E. Guinsberg E. La salud colectiva en México: temas y desafíos. Colección Salud Colectiva. Argentina: Lugar editorial. 153-169.

Rivera-Márquez, JS, Ruíz-Arregui, L., Laurell, AC. (2009) Crisis, políticas de ajuste y alimentación-nutrición en la ciudad en México: análisis del periodo 1970-1992. Serie Académicos: Contribuciones Científicas de Ciencias Biológicas y de la Salud. México: UAM-X.

Rivera, R. (2007) La educación en nutrición, hacia una perspectiva social en México. Revista Cubana Salud Pública. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco. 33(1).

Rubín, S. (2013) Especialistas Urgen a Recuperar la Dieta Tradicional Mexicana. Instituto Nacional de Antropología e Historia. 445 [citado en febrero del 2014] Disponible en: <[http://www.inah.gob.mx//images/stories/Boletines/BoletinesPDF/article/6914/dieta_tradicional_mexicana_coloquio.pdf>

Salas, M. (2011) La alimentación de un grupo de bebés menores de seis meses en Xochimilco. Relaciones entre el saber materno/doméstico y el saber médico. Tesis para obtener el grado doctoral en Ciencias Sociales. México: El Colegio de Michoacán.

Sánchez, B., Sámano, R., Pinzón, I., Balas, M., Perichart, O. (2010) Factores socioculturales y del entorno que influyen en las prácticas alimentarias de gestantes con y sin obesidad. Revista Salud Pública y Nutrición. 11(2).

Schauffler, H.H., Mordavsky, J.K. (2001) Consumer Reports In Health Care: Do They Make a Difference? Annual Review of Public Health. 22(1): 69-89.

Soafer, S. (2005) Patient Perceptions Of The Quality Of Health Services. Annual Review of Public Health. 26(1): 513-559

Sobal, J., (1999) Sociological Analysis of the Stigmatisation of Obesity. En: Germon, J., y Williams, L., A sociology of food and nutrition. The social appetite. Oxford University Press.187-204.

UNFPA. 2004. Guide to Working from Within: 24 Tips for Culturally Sensitive Programming. Nueva York: UNFPA. [Citado en junio de 2008]. Disponible en: <http://www.unfpa.org:/culture/tips.htm>

Vio Del, F. y Salinas, J. (2006) Promoción De Salud Y Calidad De Vida En Chile: Una Política Con Nuevos Desafíos. Revista Chilena de Nutrición, 33(1):252:259. [Citado en febrero del 2012] Disponible en: <Http://Www.Scielo.Cl/Scielo.Php?Script=Sci_Arttext&Pid=S0717-75182006000300006&Lng=Es&Nrm=Iso>

Waylan, C. y Crowder, J. (2002) Medical Anthropology Quarterly New Series, 16(2): 230-247.